WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA I PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO

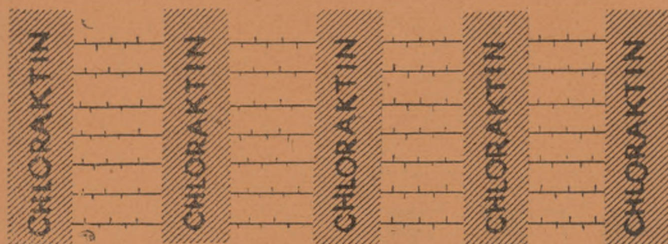
REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTÉRATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

POD REDAKCJĄ
DOC. DR E. REICHER

WARSZAWA 1937
NUMER 1
STYCZEŃ

ROK WYD. XI

GRYPA SZALEJE



CHLORAKTIN BORUTA

(1 tabletka na szklankę wody), używany stale do płókania gardła, nosa i ust

CHRONI

przed zakażeniem się grypą.

CHLORAKTINOWE MYDŁO

zabija zarazki na rękach, przez które tak łatwo przenieść chorobę.

ZWALCZAJĄ GRYPĘ SKUTECZNIE:



OPŁATKI FAIVRE'A



KINEKTIN



CRYOGENIN



NEOPANCARPIN

zapobiega komplikacjom grypowym.

L. NASIEROWSKI

Warszawa, ul. Kaliska 9.

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK, POŚWIĘCONY POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA I PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO
REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN
POD REDAKCJĄ DOC. DR MED. E. REICHER.

ROK XI WARSZAWA STYCZEŃ 1937 R. NUMER I

Z ZAKOŃCZENIEM ROKU 1936, A POCZĄTKIEM ROKU 1937, KOŃCZY „WIEDZA LEKARSKA" DZIESIĄTY ROK WYDAWNICZY.
Z TEJ OKAZJI ZEWNĘTRZNA SZATA PISMA ZOSTAJE BARDZIEJ PRZYSTOSOWANA DO WYMAGAŃ NOWOCZESNEJ GRAFIKI, ZAŚ ZSUMOWANIE DOTYCHCZASOWYCH POCZYNAŃ WYDAWCY I REDAKCJI ZOSTANIE PRZEDSTAWIONE W NUMERZE PEŁNEGO DZIESIĘCIOLECIA „WIEDZY LEKARSKIEJ" W PAŹDZIERNIKU 1937 R.

PRACE ORYGINALNE

ŁUSZCZYCA, JEJ ROZPOZNAWANIE I LECZENIE.

(WYKŁAD KLINICZNY).

PODAŁ PROF. W. M. GRZYBOWSKI.

1. Częstość łuszczycy. Łuszczyca jest jedną z najczęstszych chorób skóry. Chociaż trudno jest podać jej częstość na podstawie obliczeń nie budzących wątpliwości, wszystkie bowiem statystyki w tym zakresie dokonane bywają na materiale jednostronnym, można powiedzieć, że około 6 — 8% chorych, zwracających się o poradę z powodu cierpień skórnych, choruje na łuszczycę.

2. Ogólna charakterystyka schorzenia. Łuszczyca jest schorzeniem o etiologii dotąd niewyjaśnionej, o przebiegu nader długim, najczęściej nie wpływa ona na ogólny stan zdrowia chorego, który pozostaje dobry, przebieg jej charakteryzuje okresowość, pozbawiona jednak regularności; krótsze lub dłuższe okresy, nasilenia choroby przedzielone są tygodniami, miesiącami lub latami, w których zewnętrzne objawy chorobowe całkowicie ustępują.

Pod względem morfologicznym zmiany łuszczycowe są nader charakterystyczne, upodobniają się one jednak niekiedy do innych chorób skóry.

3. Obraz morfologiczny zmian występujących w skórze. Wysypka łuszczycowa może zajmować przestrzeń rozległą — psoriasis generalisata — lub ograniczać się do ognisk nielicznych, a nawet do wykwitu pojedyńczego.

Wysypka uogólniona bywa mniej lub więcej rozległa, niekiedy zajmuje ona skórę w całości, tworząc obraz t. zw. erytrodermii; najczęściej nawet wysypka rozległa nie zajmuje skóry w całości, znamionuje się jednak charakterystycznym ułożeniem.

Uogólniona wysypka łuszczycowa zajmuje skórę tułowia symetrycznie, pokrywając ją mniej lub więcej licznymi wykwitami, zazwyczaj jest ich więcej na skórze środkowej części tułowia, zarówno sprzodu, jak i z tyłu. Na kończynach wykwity są obfitsze po stronie wyprostnej, tworząc największe skupienia na kolanach i na łokciach.

Wykwitami zasadniczymi w łuszczycy są grudki naskórkowe (papula), polegające na nieprawidłowym rogowaceniu naskórka i wyróżniające się cechami następującymi: rozmiary tych grudek bywają rozmaite, od kropkowatych do zajmujących przestrzeń dłoni, a nawet większą; kształt ich jest rozmaity, najczęściej jednak okrągły, owalny lub obrączkowy. Grudki te pokryte są łuseczkami białymi, srebrzystymi, z łatwością złuszczającymi się samoistnie lub po zadrapaniu, wytwarzają się przy tym bardzo obfite suche łuski. Po całkowitym usunięciu łusek powstaje powierzchnia wybitnie czerwona, lśniąca, wilgotna, z łatwością krwawiąca (krwawienie kropkowate), skutkiem uszkodzenia szczytu brodawek skórnych. Ani grudka łuszczycowa, ani plama nie wykazuje nacieku podstawy, co jest nader charakterystyczną cechą wykwitów łuszczycowych. Plama taka stopniowo pokrywa się nowymi łuseczkami i przekształca się w typową grudkę łuszczycową. Niepowikłana wysypka łuszczycowa nie wywołuje swędzenia i innych objawów podmiotowych.

Rozpoznanie uogólnionej wysypki łuszczycowej niepowikłanej jest łatwe i winno być oparte na następujących danych morfologicznych i klinicznych.

Cechy morfologiczne są następujące: topografia zmian na skórze (symetria, szczególna obfitość na wyprostnych powierzchniach kończyn, zwłaszcza na łokciach i na kolanach), charakterystyczne cechy grudek — (grudki naskórkowe, pokryte obfitymi srebrzystymi, suchymi łuskami), obecność krwawienia kropkowatego po zadrapaniu, brak nacieku podstawy, jednopostaciowość wysypki.

Wykwity łuszczycowe na skórze różnić się mogą wielkością, kształtem, ułożeniem, barwą, wszystko to są jednak grudki naskórkowe (brak krost, grudek skórnych, owrzodzeń). Ustępują one bez pozostawienia zmian trwałych (blizny).

Cechy kliniczne: uporczywość wysypki oraz wybitna skłonność jej do nawrotów, niekiedy rodzinne występowanie schorzenia, oporność na leczenie i brak zakaźności.

Rozpoznanie różnicowe. W zakresie rozpoznania wysypki łuszczycowej typowej uogólnionej rzadko zachodzą trudności, jednakże w niektórych przypadkach mogą one istnieć. Trudności zdarzają się najczęściej w przypadkach następujących: kiłowa wysypka łuszczycowa — lues psoriasiformis — oraz łuszczycowate wysypki łojotokowe (parakeratosis psoriasiformis), wysypki łuszczycowate oraz występujące w następstwie zakażeń ropnych. Możliwe jest, że wszystkie te stany są w istocie również, jak to twierdzi R. Bernhardt, sprowokowanymi przez rozmaite czynniki, wysypkami łuszczycowymi.

Ze względów praktycznych musimy je jednak odróżnić od właściwej łuszczycy.

W rozpoznaniu różnicowym poruszone być mogą dane poniższe.

Łuszczycowe wysypki umiejscowione (psoriasis localisata) mogą dotyczyć małego ogniska tej lub innej okolicy skóry, w zależności od warunków miejscowych, mogą one ulec zmianom, które całkowicie przysłanić obraz typowy.

Łuszczycowe zmiany na łokciach i na kolanach przy braku wykwitów łuszczycowych w innej okolicy skóry należą do najczęstszych postaci łuszczycy umiejscowionej. Zmiany mają tu zazwyczaj wygląd typowy, nie nasuwając trudności diagnostycznych.

2. Łuszczycowe wykwity na skórze głowy należą do dosyć częstych i ze względu na trudności w leczeniu nader kłopotliwych postaci łuszczycy. Mniej lub więcej ograniczone części skóry głowy (niekiedy skóra głowy w całości) pokryte są białymi lub żółtymi bardzo obfitymi łuskami suchymi, rozsypującymi się przy drapaniu w masę podobną do zadrapanej stearyny. Po usunięciu łusek powstają powierzchnie czerwone, lekko wilgotne. Schorzenie to nie niszczy włosów, nie prowadzi do wyłysienia i do blizn.

Rozpoznanie łuszczycy skóry głowy ustala się na podstawie przewlekłego przebiegu schorzenia, niekiedy na podstawie danych z wywiadów, gdy udaje się stwierdzić, że chory już przechodził łuszczycę i współistnienia ognisk łuszczycy w innych

Schorzenie	Umiejscowienie ułożenie	Przebieg zmian w samej wysypce	Charakter wysypki	Gruczoły chłonne	Przebieg schorzenia	Leczenie
Psoriasis vulgaris.	Symetria, przewaga zmian na wyprostnej stronie kończyn oraz w środkowych częściach tułowia.	Wykwity mogą powiększać się lub zmniejszać. Utrzymują się czas bardzo długi, ustępują bez pozostawienia blizn.	Wysypka jednopostaciowa złożona z grudek naskórkowych. Nasilenie obiawów łuszczycowych b. wybitne. Brak nacieku podstawy wykwitu.	Nie reagują.	Wieloletnie nawroty następują w odstępach b. nieregularnych. Nawroty są częste.	Najskuteczniejsze są środki redukujące w połączeniu z leczeniem arsenem i promieniami X. Wysypka jest oporna na leczenie.
Lues psoriasiformis.	Symetria we wczesnych okresach, brak jej w późnych.	Wykwity utrzymują się kilka tygodni, po czym ustępują, lub przekształcają się w wykwity krostkowe lub guziczkowe lues tuberculoserpignosa.	Wysypka wielopostaciowa. Współistnienie plam, krostek i t.d. U podstawy wykwitów istnieje naciek.	Powiększone w sposób charakterystyczny dla kiły.	U osobników leczonych wysypka zazwyczaj nie wraca.	Leczenie swoiste, wykwity szybko ustępują.
Parakeratosis psoriasiformis. (eczema seborhoicum).	Twarz, skóra klatki piersiowej w okolicy mostka, okolica między łopatkowa.	Powstają lekkozłuszczające się rumieniowate wykwity, łatwo ulegające zakażeniom wtórnym.	Jednopostaciowość, lekko swędząca. Nasilenie obiawów łuszczycowych nieznaczne.	Nie reagują.	Zależy od nasilenia czynnika chorobowego.	Środki przeciwzapalne i przetwory siarkowe szybko odnoszą skutek.
Łuszczycowate wysypki pochodzenia toksycznego, infekcyjnego i urazowego. Parakeratosis postinfectiosa, posttraumatica, toxica.	Nieregularne. W zmianach pourazowych (urazy najczęściej chemiczne) w miejscach urazu, w wysypkach toksycznych (arsenowych, rtęciowych najwybitniejsze na dłoniach, podeszwach i w przegubach.	Skłonność do zakażeń wtórnych.	Wysiękowy, zapalny, z wtórnym złuszczeniem. Obiawy wysiękowe często nasilają się aż do wyraźnego sączenia.	Wyraźny odczyn gruczołów chłonnych.	Zależy od nasilenia czynnika chorobowego. Nierzadko charakterystyczne wywiady.	Leczenie przeciwzapalne.

okolicach skóry. Rozpoznanie obiektywne zasadza się na stwierdzeniu parakeratotycznych grudek na głowie przy utrzymanym owłosieniu.

W rozpoznaniu różnicowym wziąć w rachubę należy:

a) kiłę łuszczycową — lues psoriasiformis capillitii (papulae psoriasiformes). W tym razie zmiany skórne trwają zazwyczaj kilka tygodni (w łuszczycy natomiast miesiące i lata), łatwo ulegają zakażeniom wtórnym (w łuszczycy zazwyczaj nie występuje to), współistnieją wykwity kiły w innych okolicach ciała, zmiany są wielopostaciowe,

b) grzybicę strzygącą — występuje ona prawie wyłącznie u dzieci, prowadzi do łamliwości włosów, nie wywołuje tak wybitnego nagromadzenia łusek jak w łuszczycy; w łuskach i na włosie stwierdza się obecność grzyba;

c) grzybicę woszczynową — prowadzi ona do zniszczenia włosów, skutkiem wytwarzania się blizn, obecne są kubki woszczynowe;

d) toczeń rumieniowy — lupus erythematodes; istnieją zawsze blizny, złuszczenie nigdy nie jest tak wybitne, w tym razie, jak w łuszczycy, łuski mocno do podłoża przylegają;

e) Parakeratosis psoriasiformis (eczema seborhoicum capilitii) — łuski nie są tak obfite, schorzenie nie jest w takim stopniu uporczywe, jak łuszczyca, łatwo ulega zakażeniom wtórnym. Rozpoznanie różnicowe w tym razie jednak jest najtrudniejsze, istnieją bowiem niewątpliwe przejścia od jednej postaci do drugiej.

3) Łuszczyca dłoni i podeszew. Niekiedy zmiany łuszczycowe ograniczają się wyłącznie do dłoni i podeszw; jeśli w wywiadach nie znajdziemy oparcia na potwierdzenie tego rozpoznania, a w innych okolicach skóry nie stwierdza się zmian łuszczycowych — rozpoznanie może być nawet w tym razie bardzo trudne. Powierzchnia dłoni i podeszew jest zaczerwieniona bez współistnienia objawów zapalnych, szorstka, zgrubiała, nieco złuszczająca się, są ogniskowe kropkowate zmiany lub dotyczą one całej powierzchni dłoniowej lub podeszwowej w całości i są na całej ich powierzchni jednakowe (brak wielopostaciowości wykwitów), na brzegu nie stwierdza się obwódki zapalnej. Pod względem różnicowym wziąć wypada w rachubę rogowiec dziedziczny dłoni i podeszew, w tym ostatnim jednak schorzeniu najczęściej istnieje już od dzieciństwa. Stwierdza się potliwość nadmierną, a najczęściej obecność obwódki zapalnej na obwodzie ognisk. Sama zaś powierzchnia dłoni i podeszew nie wykazuje zaczerwienienia, ma barwę raczej woskową, jak gdyby przeświecającą, jest przy tym zazwyczaj zgrubiała, nierównomierna. Podobne do łuszczycy obiawy na dłoniach i na podeszwach istnieć mogą w rybiej łusce, jednakże w razach tych współistnienie rybiej łuski uogólnionej ułatwia rozpoznanie. Dla ustalenia rozpoznania różnicowego kiły łuszczycowej miarodajne są wskazówki zawarte na tablicy.

Ł u s z c z y c a p a z n o g c i nie należy do rzadkości, gdyż podług niektórych autorów w 12 — 14% przypadków łuszczycy spostrzega się nieprawidłowości w budowie paznogci. Rozpoznanie tych zmian jest łatwe w razie współistnienia zmian łuszczycowych ogólnych, natomiast rozpoznanie zmian, dotyczących wyłącznie paznogci, jest bardzo trudne. Najczęstszą postacią łuszczycy paznogci jest ich łamliwość połączona z szorstkością powierzchni, obecnością licznych drobnych kropkowatych ubytków (zagłębień), niekiedy układających się w szeregi linijne.

W różnicowaniu należy wziąć w rachubę zakażenia paznogci przez grzyby i pleśnie. Wobec podobieństwa morfologicznego rozstrzyga w tym razie zawsze badanie mikroskopowe. Inne zmiany paznogci w przebiegu łuszczycy, jak np. ich wypadanie lub zmiany zapalne okołopaznogciowe występują wyłącznie w ciężkich przypadkach łuszczycy uogólnionej (erythodermia łuszczycowa i łuszczyca wysiękowa).

Zmiany łuszczycowe narządów płciowych mogą dla osób mało wprawnych w tej dziedzinie sprawić pewne trudności rozpoznawcze. Najczęściej zachodzą trudności w różnicowaniu ze zmianami kiłowymi. Pamiętać należy, że wykwity kiłowe są zawsze nieco nacieczone, u podstawy często sączą, zazwyczaj wytwarzają wysypkę wielopostaciową, a więc złożoną nie tylko z grudek, lecz z plamek, krost, niekiedy owrzodzeń.

P o w i k ł a n i a ł u s z c z y c y. Erythrodermia łuszczycowa, ściśle rzecz ujmując, nie jest powikłaniem łuszczycy, lecz postacią łuszczycy ciężkiej, występującej u osobników starszych, niekiedy jednak i u młodych. W przypadkach erythrodermii

skóra w całości jest silnie zaczerwieniona, pokryta mniej lub bardziej obficie łuskami, niekiedy łupieżowatymi, niekiedy płatowatymi, co nadaje postaci tej podobieństwo do erythrodermii toksycznej. Rozpoznanie różnicowe winno być oparte na stwierdzeniu łuszczycy w wywiadach oraz na analizie przebiegu sprawy, która jest bardziej uporczywa w łuszczycy.

W y s i ę k o w e i r o p n e p o s t a c i e ł u s z c z y c y. W niektórych przypadkach łuszczycy obiawy zapalne, zawsze towarzyszące temu schorzeniu są szczególnie wybitne, wykwity łuszczycowe pokrywają się łuskami bardzo grubymi, występuje w nich wysięk surowiczy (psoriasis exudativa) lub ropienie (ps. pustulosa). Najczęściej są to okresy w rozwoju łuszczycy, przebiegającej naogół podobnie do przypadków typowych.

Ł u s z c z y c a z e z m i a n a m i w stawach, psoriasis arthropatica, należy do ciężkich, lecz rzadko spotykanych postaci tego schorzenia. Najczęściej łuszczyca przebiega przez pewien czas wyłącznie ze zmianami skórnymi, nie różniąc się zatym od przypadków zwykłych. Nierzadko jednak w tych przypadkach łuszczycowe zmiany przybierają cechy wysiękowych. Schorzenie dotyczy częściej stawów dużych (kolano, staw nadgarstkowy, barkowy), rzadziej zajęte są stawy małe stóp i dłoni, jeszcze rzadziej stawy międzykręgowe.

Z punktu widzenia anatomicznego zmiany stawowe polegają początkowo na surowiczym stanie zapalnym, szybko jednak dołącza się znaczne odwapnienie kości, skłonność do zrostu kości małych oraz wytwórcze zmiany zapalne w torebce stawowej, co prowadzi do ograniczenia ruchów, a niekiedy do zrostu kości. W ciężkich przypadkach łuszczycy ze zmianami stawowymi ogólny stan chorych jest upośledzony, gorączkują oni, są osłabieni. Rozpoznanie tych przypadków nie jest trudne wobec typowego przebiegu zmian w skórze.

W zakresie kliniki łuszczycy problematem najtrudniejszym jest nie jej rozpoznanie, bowiem zazwyczaj nie jest ono trudne wobec typowego wyglądu zmian w skórze i charakterystycznego przebiegu schorzenia, lecz jej leczenie, problemat ten wciąż jest nie rozwiązany wobec niewyjaśnionej etiologii łuszczycy.

E t i o l o g i a ł u s z c z y c y. Aczkolwiek etiologia łuszczycy nie jest znana, został ustalony szereg okoliczności i czynników związanych z jej powstawaniem, a że poznanie ich nie jest pozbawione doniosłości praktycznej, zostaną one omówione oddzielnie.

a) Rola usposobienia konstytucjonalnego, związanego z wrodzonymi właściwościami ustroju, w powstawaniu łuszczycy nie ulega obecnie wątpliwości, gdyż w znacznej liczbie przypadków łuszczyca wykazuje charakter choroby rodzinnej (w 15 — 30% podług rozmaitych autorów, a w 50% podług R. B e r n h a r d t a), jednakże jak dotąd nie zdołano udowodnić istnienia dziedziczenia zgodnie z prawami Mendla, nie zdołano również wykryć istoty tego usposobienia rodzinnego.

b) Zaburzenia w układzie nerwowym mogą mieć związek z występowaniem łuszczycy, spostrzegano bowiem jej występowanie w terytorium unerwionym przez pewien nerw lub też związek urazu psychicznego ze zjawieniem się zmian łuszczycowych. Wprawdzie przypadki takie nie należą do częstych i nie możemy w chwili obecnej ustalić, jaki jest udział układu nerwowego w występowaniu zmian łuszczycowych, jednak z punktu widzenia praktycznego należy pamiętać, że stan zdenerwowania i wyczerpania nerwowego wreszcie urazy psychiczne mogą spowodować wystąpienie wysypki łuszczycowej i dlatego chorzy winni unikać trybu życia niekorzystnie wpływającego na ich stan nerwowy.

Niejednokrotnie przekonałem się, że już samo uspokojenie chorego przekonanie go o dobrotliwości schorzenia wpływa korzystnie na przebieg łuszczycy o ostrym przebiegu, to też nigdy nie należy zaniedbywać prób wpłynięcia na stan nerwowy i psychiczny chorych drogą perswazji i uspokojenia.

c) Zaburzenia przemiany materii niewątpliwie są istotą zmian zachodzących w łuszczycy, jednakże wśród danych zdobytych przez naukę do chwili obecnej nie wykryto zaburzeń, wyjaśniających istotę procesu łuszczycowego. Raczej należy przypuszczać, że dotąd wykryte nieprawidłowości należą do obiawów, towarzyszących zaburzeniom łuszczycowym, nie stanowiąc ich podstawy.

Stwierdzono naprzykład nadmiar kwasu moczowego we krwi, jednakże dieta bez-

purynowa tylko w wyjątkowych przypadkach wpływa korzystnie na przebieg procesu, to samo powiedzieć można o spostrzeżonych przez autorów amerykańskich zaburzeniach w przemianie białka, prowadzących rzekomo do zatrzymania substancyj azotowych. Okazało się, jednak, że i dieta bezmięsna i bezbiałkowa zazwyczaj nie wywiera wpływu pożądanego na przebieg łuszczycy. Zaburzenia w przemianie węglowodanów, tłuszczów i substancyj mineralnych są jeszcze mniej stałe, to też na diecie takiej nie możemy obecnie opierać leczenia.

Aczkolwiek nie znamy jeszcze obecnie diety najwłaściwszej dla osobników łuszczycowych, powiedzieć możemy, że gwałtowna zmiana sposobu odżywiania się wpływa niekiedy bardzo korzystnie, tem się tłumaczy ustąpienie zmian łuszczycowych przy zastosowaniu głodówki, unikaniu płynów, diecie bezsolnej, beztłuszczowej i t. d. iNestety, poprawa w tych razach rzadko bywa trwała i tylko w wyjątkowych przypadkach na takim sposobie postępowania można oprzeć leczenie, przeważnie zarządzenie wyłącznie samej diety nie odnosi sukcesu pożądanego.

Z a b u r z e n i a w c z y n n o ś c i g r u c z o ł ó w d o k r e w n y c h wywierają niewątpliwy wpływ na powstawanie i przebieg łuszczycy, jednakże i tu nie znamy ani istoty zaburzeń w układzie dokrewnym, wpływających na występowanie zmian w skórze, ani nawet gruczołu dokrewnego, odgrywającego w tym razie rolę rozstrzygającą. Przeciwnie — zauważono, iż dysfunkcja prawie każdego z gruczołów dokrewnych może mieć związek z procesem łuszczycowym. Zdaje się jednak, iż najwięcej dowodów nagromadzono na korzyść koncepcji, łączącej występowanie łuszczycy z czynnością gruczołów płciowych, co szczególnie wyraźnie występuje u kobiet. W każdym razie przetwory jajnikowe — mianowicie follikulina — należą do przetworów dokrewnych, niewątpliwie, korzystnie wpływających na przebieg łuszczycy, niekiedy nawet u mężczyzn. Nie mógłbym tego powiedzieć o wyciągu z innych gruczołów dokrewnych, działanie których jest nad wyraz słabe i nader niepewne.

L e c z e n i e ł u s z c z y c y zazwyczaj jest zadaniem trudnym i niewdzięcznym, ze względu na brak sposobów zapobiegania nawrotom schorzenia, to też nierzadko już wkrótce po zakończeniu długiej i uciążliwej kuracji, występuje nawrót.

Główne linie wytyczne leczenia łuszczycy są następujące: im świeższe są wykwity łuszczycy, im świeższy jest wybuch wysypki i im więcej dowodów przemawia za tym, że znajduje się ona w okresie wczesnym schorzenia, tym ostrożniej należy prowadzić leczenie. Przeciwnie, im starsze są wykwity, im dłużej utrzymują się one bez zmian, tym energiczniejsze może być postępowanie. Leczenie środkami zewnętrznymi winno być stopniowane, w ten sposób, by rozpoczynać od środków słabo działających i przepisanych w słabym natężeniu. Stopniowo należy koncentrację leków podwyższać i przechodzić do coraz bardziej energicznych.

W zakresie leczenia środkami wewnętrznymi, przepisywania diety i trybu życia, należy dokładnie ustalić wywiady, gdyż wskazówki i spostrzeżenia chorych są zazwyczaj bardzo cenne, a jak mi się zdaje zbyt często niedoceniane.

L e c z e n i e w e w n ę t r z n e. Związki arsenowe są w najrozmaitszej postaci, a każdy klinicysta ma niewątpliwie przetwory, których używa szczególnie chętnie. Co do mnie, to najchętniej polecam arsen w postaciach następujących:

a) Rp. Acid arsenicosi 0.20
Aq. phenolatae 2% ad 20.0
MDS. wstrzykiwać początkowo codziennie, po tym 3 razy w tyg. po 0.25 — 1 cm³ przez 4 — 6 tygodni.

Wstrzykiwania Solarsonu, początkowo 12 inj. serii słabszej, zawierającej 4 mlgr arsenu w 1 cm³ co dzień, po czym co 2-gi dzień, 12 inj. serii silniejszej (8 mlgr As w 1 cm³.

Wstrzykiwania Optarsonu stosuje się co 2-gi dzień po 1 ampułce.

b) Arsen doustnie można podawać: w postaci pigułek Arsylenu „Roche” 3 razy dziennie po pigułce przez 6 — 8 tygodni, lub w postaci płynu Fovlera 10.0 na 30.0 w ilości 10 — 20 kropel 2 razy dziennie, albo w postaci pigułek azjatyckich:

Rp. Pillulae asiaticae e. 0.001 acidi arsenicosi, przepisując od 2 do 6 pigułek dziennie (dawka ta zdaniem moim całkowicie wystarcza) przez 6 — 8 tygodni.

Przy leczeniu łuszczycy arsenem unikać należy dużych jego dawek, znacznie lepsze wyniki uzyskać można, stosując dawki średnie i małe przez czas długi.

Przeciwwskazaniami do leczenia arsenem jest nieznoszenie go, uczulenie na jego przetwory oraz wysiękowe postaci łuszczycy.

R t ę ć jeszcze i teraz stosowana jest przez niektórych autorów dla leczenia łuszczycy; w ostatnich czasach niektóre polskie zakłady lecznicze podawały ją w postaci odwaru Zittmana (doświadczenie Klin. Derm. U. J. P. z tym przetworem nie wypadło zachęcająco).

Z ł o t o. Szereg autorów francuskich poleca przetwory złotowe (polskie: Allochrysine, Myochrysina i in.) w przypadkach łuszczycy; aczkolwiek u niektórych chorych związki te wywarły działanie korzystne, w większości przypadków zawodzą one. Allochrysine stosować należy raz na 5 — 7 dni domięśniowo w ilości 0.05 — 0.010, na dawkę.

Lekiem bardzo pomocnym w leczeniu łuszczycy jest salicylan sodu, można stosować go w postaci zastrzyków dożylnych roczczynu 20% w ilości 10.0 — 20.0 cm^3 dziennie; aczkolwiek przetwór ten jest szczególnie skuteczny w przypadkach łuszczycy, połączonej z objawami wysiękowymi, również i w przypadkach zwykłych, nie powikłanych stanem wysiękowym wywiera on wpływ o tyle korzystny, że osobiście nigdy nie pomijam tego leczenia.

Odwrotnie, nigdy nie widziałem wyników zachęcających przy stosowaniu wstrzykiwań siarki.

Leczenie bodźcowe — mianowicie stosowanie szczepionek, surowic, białka rozmaitego pochodzenia, wyciągu z łusek otrzymanych z wykwitów łuszczycowych — wszystko to nie wywiera wpływu doraźnego.

O p o t e r a p i a. Naogół leczenie łuszczycy wyciągami gruczołów dokrewnych zawiodło, wyniki uzyskiwane tymi sposobami są nader niestałe, najczęściej nie wywierają one wpływu na przebieg wysypki łuszczycowej, niekiedy wpływają korzystnie, niekiedy jednak pogarszają stan chorego, z czym również należy się liczyć. Wobec tego, że stosowanie wyciągów z niektórych gruczołów dokrewnych nie jest leczeniem obojętnym, radzę stosować wyciągi z gruczołów dokrewnych tylko w przypadkach, w których stwierdza się wyraźne objawy niewydolności układu dokrewnego. Odnosi się to w pierwszym rzędzie do leczenia tarczycą. Z powyższych względów leczenie przetworami gruczołów dokrewnych bywa obecnie stosowane li tylko jako leczenie pomocnicze, gdy zachodzą wskazania w postaci wyraźnych objawów obniżenia czynności określonego gruczołu.

Niewątpliwy wpływ na przebieg łuszczycy wywierają wstrzykiwania insuliny, jednakże nawet gdy stosuje się dosyć duże dawki, bo 30 — 50 jednostek dziennie, nie zawsze można uzyskać całkowite uleczenie, a najczęściej tylko poprawę i to jednak jest cenne w leczeniu cierpienia tak opornego na działanie leków, jakim jest łuszczyca.

W przypadkach łuszczycy u kobiet, zwłaszcza gdy łuszczyca jest świeża, lub też znajduje się w okresie rozszerzania się, należy podawać przetwory jajnikowe, najlepsze wyniki uzyskuje się przez stosowanie follikuliny w okresie między periodami.

Pojedyńcze przypadki polepszenia łuszczycy opisano po stosowaniu przetworów najrozmaitszych narządów, są to jednak przypadki tak rzadkie, że leczenia takiego nie można obecnie ująć w żadne normy.

D i e t a w ł u s z c z y c y — naogół chorzy na łuszczycę znoszą dobrze wszelkie pokarmy i obecnie nie znamy diety, któraby miała wskazania w łuszczycy, jednakże dieta małosolna jest korzystna w przypadkach łuszczycy wysiękowej. — Podług G r ü t z a i innych dobre wyniki uzyskuje się dietą beztłuszczową. Osobiście odnoszę wrażenie, iż w niektórych przypadkach jest ona korzystna, szczególną jednak wagę przypisują nagłym zmianom sposobu odżywiania; każda gwałtowna zmiana diety wywrzeć może wpływ korzystny na przebieg procesu łuszczycowego.

Leczenie środkami miejscowymi, a więc objawowe leczenie łuszczycy jest w dobie obecnej metodą, bez której racjonalne postępowanie lecznicze nie jest możliwe. Lecznictwo dermatologiczne posiada takie bogactwo środków czasowo usuwających zmiany łuszczycowe, że wymienienie ich wszystkich nie jest możliwe, konieczne jest natomiast opisanie planu postępowania przy leczeniu łuszczycy oraz wyliczenie środków podstawowych.

W pierwszym etapie leczenia należy usunąć łuski pokrywające wykwity łuszczycowe; może to być dokonane przez kąpiel zwykłą, ale przedłużoną do 30 min, — 1 godz., z namydleniem skóry i zmyciem w wodzie ciepłej. Przy zmywaniu należy u-

żywać szczotki, rzecz jasna, niezbyt twardej, najlepszym mydłem w tym razie jest mydło miękkie potasowe lub też płynne dziegciowe.

Wysypki łuszczycowe o słabym nasileniu, a zatym zbliżone do wysypek łojotokowych (parakeratosis psoriasiformis) mogą ustąpić przy zastosowaniu wyłącznie takiego leczenia.

Po usunięciu łusek 1 — 3 dniowemi kąpielami przechodzi się do leczenia środkami redukującymi zdolność naskórka do wytwarzania warstw parakeratotycznych (łusek). Przetwory te są bardzo liczne.

P r z e t w o r y s i a r k o w e. Przetwory siarkowe, a zwłaszcza niektóre z nich należą do działających nader łagodnie, co pozwala stosować je w podostrych, a nawet i w ostrych przypadkach łuszczycy.

Najłagodniejsze działanie wywiera ichtiol (ammonium - sulfo - ichtiolicum) w papce, okładach lub nawet w maści, np.

Rp. Ammoni sulfoichthyolic. 1.0
Talci oxydati 20.0
Glycerini 10.0
Aq. plumbi ad 100-0 — 120.0

Rp. Sol. Ammonii sulfo-ichthyolici 2%

Rp. Adici salicylici 5.0
Ammonii sulfo - ichthyolici 10.0
Lanolini
Vaselini flavi ad 100.0
M. F. Unguentum.

Już nieco silniej działa siarka w postaci siarki strąconej: sulfur praecipitatum, stosowanie której należy rozpoczynać od maści 2 — 3%, stopniowo podnosząc wartość w nich siarki do 15%. Przetwory siarkowe znajdują szczególne wskazania w erythrodermiach łuszczycowych oraz w leczeniu wykwitów łuszczycowych na skórze głowy.

Wśród preparatów siarki dla leczenia łuszczycy wyróżniają się przetwory koloidalne. Jako szczególnie skuteczny i wygodny w stosowaniu, jest sulfoform, który stosuje się w stężeniu 2 — 10% w maściach lub pastach oraz jako 10% oliwę (sulfoformi 10.0, ol sesami ad 100.0) oraz jako 3 — 5-% domieszka do spirytusu. To samo powiedzieć można o sulfidalu, który można stosować w papce, dodając 10 — 20% tego związku do papki, lub w spirytusie, do którego dodaje się 2 - 5 - 10% sulfidalu oraz w maściach zawierających 1 - 5 - 10% sulfidalu.

Kwas salicylowy jest jednym z podstawowych leków w leczeniu miejscowym łuszczycy; jako środek pomocniczy dodawany jest on prawie do wszystkich maści, stosowanych w leczeniu łuszczycy, jako środek główny wskazany jest on głównie na początku leczenia miejscowego, a to najczęściej w postaci waseliny z dodatkiem 5 — 10% kwasu salicylowego; takie leczenie przedwstępne uspasabia skórę korzystnie na działanie środków silniejszych, stosowanych w etapach późniejszych. Szczególnie wskazane jest takie leczenie przedwstępne dla usunięcia wykwitów łuszczycowych skóry głowy oraz starych ognisk wyróżniających się wybitną akantozą.

Dziegcie rozmaitego pochodzenia oddawna stosowane były do leczenia łuszczycy, a niegdyś były podstawowym lekiem w tym zakresie.

Obecnie najczęściej stosujemy dziegcie w dwuch postaciach, a) jako kąpiel, b) w postaci maści, najczęściej złożonych, zawierających prócz dziegciu składniki inne.

Kąpiele dziegciowe najlepiej wykonywać w sposób następujący: chory zostaje nasmarowany dziegciem na ½ — 1 godz. poczym bierze ciepłą kąpiel, w której zmywa całe ciało wodą z mydłem.

Można postępować inaczej, przygotowując mieszaninę z dziegciu (ol Rusci) i spirytusu mydlanego w równych częściach i wlewając ją ostrożnie do wanny.

Zawartość dziegciu w maściach waha się zazwyczaj w granicach od 5 — 20% przy tym używać można ol cadini, ol rusci, ol fagi, pix liquida lub przetwory mineralne, jak np. Ol. lithantracis.

Jako dobry przepis na maść z dziegciu wymienię:

Rp. Ol Rusci 10.0
Sulf. ppti 20.0
Saponis viridis 30.0
Vaselini fl. ad 100.0

Dobre wyniki uzyskuje się tą maścią w leczeniu łuszczycy głowy, w tym razie jednak lepiej zastąpić waselinę olejkiem sezamowym. Dla leczenia łuszczycy głowy dobrze nadaje się również maść o następującym składzie.

Rp. Hydrarg ppti albi 2 — 3%
Liq carb. deterg. 0.5 — 2.0
Ung. leniens ad 300.0

Rp. Acid. salicyl 5.0 — 10.0
Ol. lithantracis 5.0 — 20.0
Ol. sezami ad 100.0

Z innych sposobów stosowania przetworów dziegciowych wymienię przetwory dziegciu, rozpuszczonego w płynach; podstawowym przetworem jest tu nalewka dziegciowa. Bardzo dobrą kombinacją jest również mieszanina następująca:

Rp. Acid Salicyl.
Ol. Rusci aa. 5.0
Sapon virid
Ichthyoli aa. 10.0
Spir. vini 90° ad 100.0

Wywiera ona szczególnie dobre działanie na stare ogniska łuszczycy.

Kwas pyrogallusowy znajduje duże zastosowanie w leczeniu łuszczycy, można go stosować w postaci maści 5 — 10%, niekiedy nawet 20%, lecz w tych razach wyłącznie na niewielkie przestrzenie, a to dla uniknięcia nadmiernego wchłaniania kwasu i zatrucia ogólnego.

Jako zarobkę do tych maści używać można waselinę, ung. simplex lub ung. leniens. Bardzo dobre wyniki uzyskuje się, stosując kwas pyrogallusowy na wykwity łuszczycowe na głowie, np. według przepisu.

Rp. Acid salicyl 2.5
Ol. cadini 3.0
Acid pyrogall. 5.0 — 6.0
Ol. Rusci 10.0
Ol. sezami ad 60.0

Kwas pyrogallusowy nie powinien być stosowany u osób z jasnymi (blond) włosami, a wobec trującego działania kwasu pyrogallusowego użytego w ilościach nadmiernych, podobnego do działania fenolu, podczas stosowania przetworów zawierających kwas pyrogallusowy, mocz winien być skrupulatnie kontrolowany, przy tym zjawienie się kwasu pyrogallusowego jest przestrogą przed zbliżającym się zatruciem. Przy dawkowaniu należy w ten sposób postępować, by na dobę używać nie więcej niż 5.0 — 6.0 g kwasu pyrogallusowego niezależnie od powierzchni skóry.

Z pochodnych kwasu pyrogallusowego wymienię Psorigallol, stosowany w maściach o zawartości 25% — 50% Psorigallolu oraz kenigallol, który dodawany jest w ilości 10 — 30 % do maści.

C h r y s a r o b i n a i pokrewne jej leki są najenergiczniejszymi z pośród dzisiaj stosowanych środków dla miejscowego leczenia łuszczycy. Przed stosowaniem chrysarobiny zawsze należy przeprowadzać leczenie uprzednio wskazanymi lekami (kwas salicylowy, dziegcie, kwas pyrogallusowy).

Chrysarobinę stosuje się najczęściej w maściach, a jako zarobki używa się waseliny, lanoliny, łoju wieprzowego. Stężenie chrysarobiny w tych maściach stopniowo podwyższa się z 1% do 10% a nawet do 20%; maści zawierające większą ilość chrysarobiny rzadko bywają w użyciu, chociaż na stare niewielkie ogniska można zalecić nawet maść zawierającą 30% chrysarobiny. Nadmienić należy, że najczęściej do maści zawierających chrysarobinę dodaje się rozmaite inne składniki.

Jaką jedną z najbardziej używanych jest maść Dreuwa o składzie następującym:

Rp. Acid salicyl. 10.0
Chrysarobini
Ol Rusci aa. 20.0
Saponis viridis
Adip. lanae lub Vaselini aa. 25.0
Mf. Unguentum.

Maścią tą należy 1 — 2 razy dziennie smarować wykwity przez 5 — 6 dni, po czym zarządzić kąpiel i przepisać smarowanie maścią obojętną (Ung. Zinci benz.) lub redukującą (waselina salicylowa).

Pojedyńcze stare ogniska pendzlować można 5% — 10% rozczynem Chrysarobiny w traumatycynie, kolodionie lub w acetonie.

Nader niemiłymi cechami działania ubocznego Chrysarobiny są obiawy podrażnienia, które występują przy tym leczeniu, jak również i ciemne zabarwienie skóry w otoczeniu ognisk nasmarowanych Chrysarobiną, wspomnieć trzeba również o zniszczeniu bielizny przy użyciu tego leku.

Stan zapalny skóry przy leczeniu Chrysarobiną doprowadzić może do ciężkiej zapalnej erythrodermii o dosyć uporczywym przebiegu, zmiany zapalne skóry w tych razach nierzadko przekształcają się w wykwity łuszczycowe, bardziej rozległe niż na początku leczenia.

Przy leczeniu Chrysarobiną pamiętać należy o ochronie oczu przed jej działaniem. Nie należy zatym środka tego stosować na twarz i na głowę; drugą wskazówką, na

którą zwracam uwagę — jest niezbyt częsta kąpiel, której nie należy przepisywać częściej, niż co 6 — 7 dni.

Pochodne Chrysarobiny najpraktyczniejsze w użyciu są następujące: Lenirobina i Eurobina, które znacznie mniej drażnią skórę od Chrysarobiny, stosuje się je jako 1 — 15% rozczyn w acetonie.

Cignolina jest związkiem zbliżonym pod względem chemicznym do Chrysarobiny i wywiera działanie znacznie silniejsze od ostatniej, to też stosuje się w większym rozcieńczeniu.

Rp.	Cignolini	1.0 — 2.0
	Eucerini anhydr.	10.0 — 15.0
	Gelanthi ad	100.0
	Mf. Unguentum.	

lub	Cignolini	0.5 — 0.75
	Cycloformi	5.0 — 10.0
	Acidi Salicylici	5.0 — 10.0
	Collodii elast. ad	100.0

Cignolina może być stosowana jako ¼ — 1% rozczyn w acetonie lub w benzolu.

L e c z e n i e ł u s z c z y c y p r o m. X. Wskazania w stosowaniu prom. X w łuszczycy ograniczają się do leczenia niewielkich ognisk na dłoniach, na łokciach i t. p. w tych razach radzę zastosować dawkę następującą: od 25 do 100 r na jedno pole przy napięciu 100 KV — 120 KV. i przy sączku glinowym 0.5 Al — 1.0 Al. lub bez sączka — w zmianach bardzo powierzchownych.

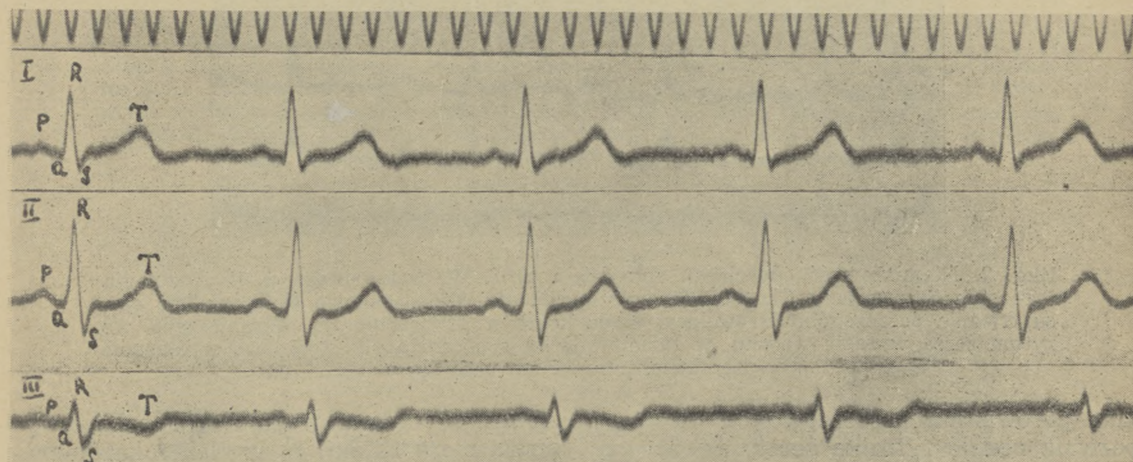
PRAKTYCZNE ZNACZENIE ELEKTROKARDIOGRAFII.

PODAŁ DR STANISŁAW HROM.

Elektrokardiografia stanowi dziś rozległą gałąź kardiologii, o czym świadczy obszerne piśmiennictwo zarówno polskie jak i światowe. Należy ją traktować jako badanie pomocnicze, uzupełniające badanie kliniczne, mimo, iż niejednokrotnie badanie to rozstrzyga o rozpoznaniu. Codzienna praca w zakładzie elektrokardiograficznym II Kliniki Chorób Wewn. U. J. P. utwierdziła mnie w przekonaniu, że znajomość podstaw elektrokardiografii nie jest należycie rozpowszechniona.

To też wychodząc z tego założenia postaram się w sposób zwięzły wyłożyć rolę i znaczenie praktyczne elektrokardiografii bez powoływania się na źródła piśmiennicze, aby nie obciążać rozważaniami teoretycznymi zasadniczego tematu. Przy omawianiu tej sprawy zwrócę uwagę w kolejności na to, co to jest elektrokardiografia, jakie daje korzyści lekarzowi praktykowi zarówno w dziedzinie rozpoznawania, rokowania jak i leczenia, wreszcie jakie przypadki chorobowe wymagają uzupełnienia badaniem elektrokardiograficznym.

Na wstępie zaznaczę, że krzywa elektrokardiograficzna stanowi wykładnik elektrycznej pracy serca, a nie mechanicznej; bodziec elektryczny niejako wyzwala bodziec mechaniczny, którego wynikiem jest skurcz serca, elektrokardiogram więc jest odzwierciadleniem stanu napięcia elektrycznego serca. Przekonywuje nas o tym badanie przeprowadzone bezpośrednio w chwili śmierci, gdy elektrokardiogram można wykonać w chwili ustania czynności serca. W zależności od napięcia oraz kierunku prądu otrzymujemy odpowiednią wysokość oraz kierunek załamków elektrokardiograficznych, które uwidoczniają się na taśmie fotograficznej na skutek odchyleń igły galwanometrycznej. W ten sposób każda prawidłowa ewolucja serca odtwarza w elektrokardiogramie zespół załamków, zwanych załamkami P — przedsionkowym, QRST — komorowym. Elektrokardiogram wykonujemy zazwyczaj w 3 odprowadzeniach t. j. w odprowadzeniu pierwszym (lewa ręka — prawa ręka, czyli w wymiarze poprzecznym serca), w drugim (prawa ręka — lewa noga, czyli w wymiarze skośnym serca), oraz w trzecim (lewa ręka — lewa noga, czyli w wymiarze podłużnym serca). Dziś proponuje się



Ekg. 1. Prawidłowy w 3 odprowadzeniach; na górze podziałka czasu w odstępach równych 0,1". Załamki P, QRS i T prawidłowo ukształtowane, zwrócone szczytami ku górze, załamek T ujemny w 3 odprowadzeniu należy do zjawisk fizjologicznych. Czas trwania załamków prawidłowy.

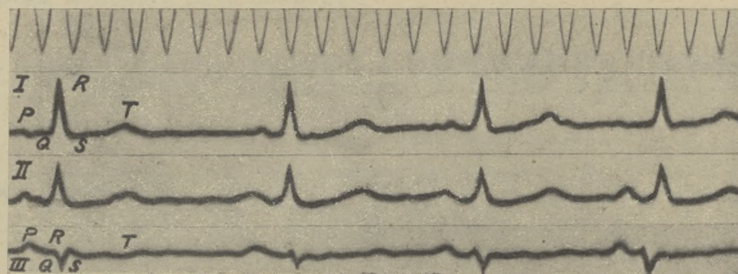
wykonywanie jeszcze dodatkowo innych odprowadzeń, którym przypisują pewne znaczenie, wspominam je tu tylko, by podkreślić stałe dążenia do pogłębienia znaczenia elektrokardiografii w klinice. Przez odprowadzenie rozumie się połączenie odpowiednich kończyn, stanowiących przewodniki odprowadzające prąd z serca po przez założone na nie elektrody do elektrokardiografu. Nowoczesne elektrokardiografy umożliwiają wykonywanie jednoczesne dwuch lub trzech odprowadzeń.

Ocena elektrokardiogramu opiera się na zanalizowaniu ukształtowania załamków w każdym z 3 odprowadzeń oraz wzajemnego ustosunkowania się załamków w poszczególnych odprowadzeniach. Załamek przedsionkowy P oraz komorowy QRST stanowi razem jedną ewolucję elektrokardiogramu; porównanie poszczególnych ewolucyj pozwala ocenić rytmikę serca, a więc czy jest ona miarowa czy niemiarowa. Tu muszę zaznaczyć, że w warunkach fizjologicznych nie spotyka się matematycznie miarowej rytmiki serca, jakkolwiek do uszu naszych oznaki tej niemiarowości nie docierają.

Analiza elektrokardiogramu w zakresie niemiarowości pozwala odróżnić jej rodzaj i pochodzenie, a więc czy powstała ona wskutek zaburzeń pobudliwości, przewodzenia czy też kurczliwości. Dział niemiarowości ze względu na swą różnorodność stanowi podstawowe i obszerne zagadnienie w elektrokardiografii.

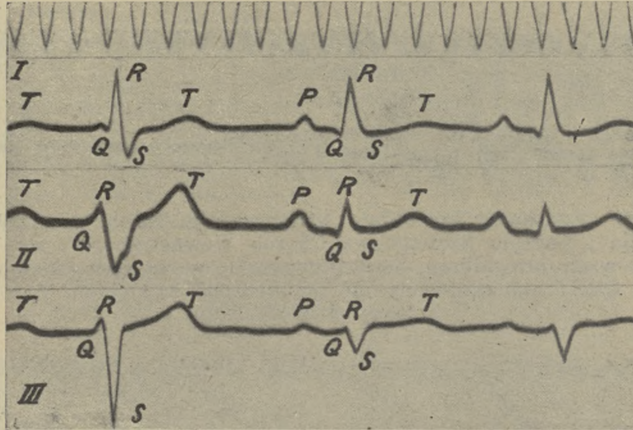
Już w warunkach fizjologicznych, zwłaszcza w wieku młodzieńczym, spotykamy niemiarowość zatokową, do której zaliczamy niemiarowość oddechową. Polega ona na tym, że podczas wydechu czynność serca zwalnia się na skutek bodźca, wychodzącego z węzła zatokowego, w fazie zaś wdechowej przyspiesza się. To też w elektrokardiogramie klasyczna postać tej niemiarowości cechuje się stopniowym wydłużaniem się względnie skracaniem okresu TP, dzielącym poszczególne ewolucje elektrokardiogramu. Zjawisko to dostrzegane w wieku dojrzałym występuje zwłaszcza u wagotoników ze zwolnioną rytmiką serca, u palaczy, u rekonwalescentów i t. p.

Do drugiej grupy najczęściej spotykanej niemiarowości należą zaburzenia rytmiki spowodowane obecnością skurczów dodatkowych. Skurczem dodatkowym nazywamy skurcz pochodzący z przedsionka lub komory, powstający wskutek bodźca dodatkowego, mogącego wyzwolić się z różnych punktów układu przedsionkowo - komorowego. Jeżeli bodziec wyzwala się z zatoki, to w elektrokardiogramie taki skurcz dodatkowy zaznacza się jedynie przedwczesnością pojawienia się ewolucji serca. Jeżeli podrażnienie udziela się węzłowi przedsionkowo - komorowemu, to wówczas ośrodek ten pobudza równocześnie do skurczu przedsionek i komorę, co w elektrokardiogramie zaznacza się zlaniem się załamka P z QRS. Najczęściej spotykane są skórcze dodatkowe komorowe, których cechą charakterystyczną w elektrokardiogramie jest przedwczesność pojawienia się, brak poprzedzającego załamka P, zniekształcenie załamka QRS, najczęściej o przedłużonym czasie trwania, o wyższym lub niższym woltażu od prawidłowego, z często zaznaczoną dwufazowością QRS w stosunku do T. Po skurczu dodatkowym komorowym występuje zazwyczaj przerwa wyrównawcza, która wraz z u-

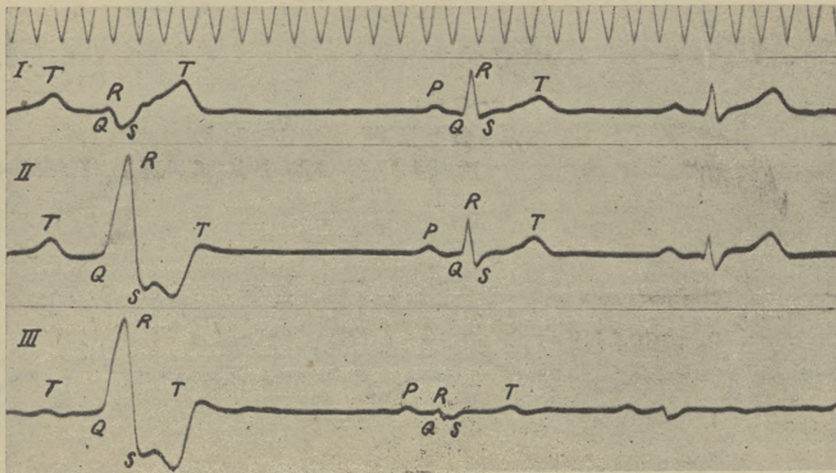


Ekg. 2. Niemiarowość oddechowa wg. dzieła prof. W. Orłowskiego p. t. „Patologia i Terapia Szczegółowa Chorób Wewnętrznych", str. 82; stopniowe skracanie się czasu trwania poszczególnych ewolucyj serca kosztem TP warunkuje przyśpieszanie się rytmu serca w fazie wdechu, w fazie wydechu spostrzega się stopniowe wydłużanie się czasu trwania odcinka TP.

przednim czasem pojawienia się ewolucji daje przestrzeń czasu równą sumie dwóch ewolucyj prawidłowych. Spotyka się również, zwłaszcza u wagotoników ze zwolnioną rytmiką serca skurcze dodatkowe wtrącone, którym nie towarzyszy przerwa wy- po każdej ewolucji prawidłowej, warunkując powstanie t. zw. rytmu bliźniaczego (bigeminia), mogą pojawiać się po 2 skurczach prawidłowych, dając rytm trojaczy (trigeminia) i t. d. Cyklicznie pojawiające się skurcze dodat-



Ekg. 3. Skurcz dodatkowy wyzwolony z lewej komory wg. dzieła prof. W. Orłowskiego p. t. „Patologia i Terapia Szczegółowa Chorób Wewnętrznych", str. 94; po pierwszym załamku T widnieje zniekształcony zespół komorowy QRST, nie poprzedzony załamkiem P; po skurczu dodatkowym przerwa wyrównawcza. R_1 i S_3 zwrócone szczytami w kierunkach przeciwnych.



Ekg. 4. Skurcz dodatkowy wyzwolony z prawej komory wg. dzieła prof. W. Orłowskiego p. t. „Patologia i Terapia Szczegółowa Chorób Wewnętrznych", str. 95; po pierwszym załamku T widnieje zniekształcony zespół komorowy QRST, nie poprzedzony załamkiem P; po skurczu dodatkowym przerwa wyrównawcza. R_1 i S_3 zwrócone szczytami ku sobie.

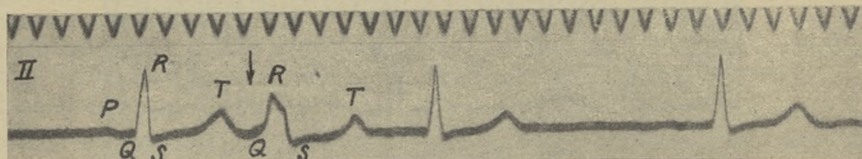
równawcza i których obecność nie wpływa na zakłócenie prawidłowej rytmiki serca.

Skurcze dodatkowe mogą pojawiać się pojedyńczo, grupowo, mogą być wszystkie o jednakowym ukształtowaniu lub też zmiennym w stosunku do siebie. Skurcze dodatkowe mogą pojawiać się rytmicznie kowe warunkują t. zw. niemiarowość miarową, czyli allorhythmia. Skurcz dodatkowy, zależnie od umiejscowienia bodźca wyzwalającego go ma odpowiednie ukształtowanie. W przypadkach pochodzenia z prawej komory szczyt R skurczu dodatkowego w I odprowadzeniu jest zwró-

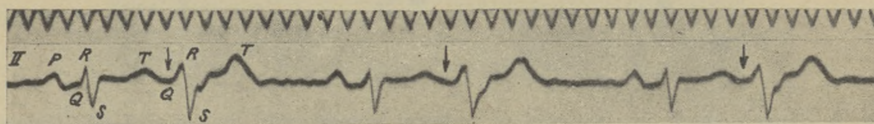
cony ku dołowi, w III odprowadzeniu ku górze. Szczyt R skurczu dodatkowego pochodzącego z lewej komory jest skierowany ku górze w I odprowadzeniu, ku dołowi w III odprowadzeniu. Większe grupy skurczów dodatkowych powodują powstanie t. zw. kołatania napa-

toksycznym i naczynioruchowym, również towarzyszą stanom nadciśnienia oraz mogą być wyrazem zmian mięśnia sercowego, bardzo często podczas leczenia naparstnicą, zwłaszcza w okresie nasycenia nią ustroju.

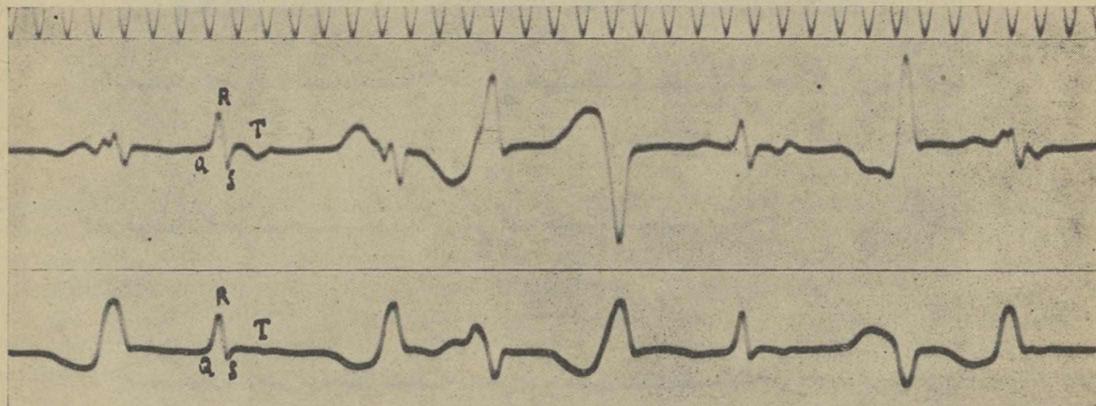
Rokowanie w przypadku istnienia skur-



Ekg. 5. Skurcz dodatkowy komorowy wtrącony wg. dzieła prof. W. Orłowskiego p. t. „Patologia i Terapia Szczegółowa Chorób Wewnętrznych", str. 95; pośród zespołów komorowych prawidłowo ukształtowanych w równych odstępach czasu widoczny zespół QRST zniekształcony nie poprzedzony załamkiem P i bez następowej przerwy wyrównawczej.



Ekg. 6. Rytm bliźniaczy wg. dzieła prof. W. Orłowskiego p. t. „Patologia i Terapia Szczegółowa Chorób Wewnętrznych", str. 97; po każdej prawidłowej ewolucji PQRST widoczny zespół komorowy QRST zniekształcony nie poprzedzony załamkiem P i z następową przerwą wyrównawczą.



Ekg. 7. Salwy skurczów dodatkowych o zmiennym ukształtowaniu przy obecności drugiego i szóstego zespołu komorowego QRS, które dla danego ekg. uważać należy za wyzwolone w sposób prawidłowy. Zdjęcie wykonane na kilka dni przed śmiercią w przypadku myocarditis chronica in stadio insufficientiae circulatoriae acutae.

dowego (tachycardia paroxysmalis), które posiada różne ukształtowanie, zależnie od pochodzenia przedsionkowego, węzłowego, z komory prawej lub lewej.

Skurcze dodatkowe przeważnie są wyrazem zaburzeń czynnościowych serca, zwłaszcza u wagotoników, często występują u sportowców po przetrenowaniu, powstawać one mogą na tle odruchowym,

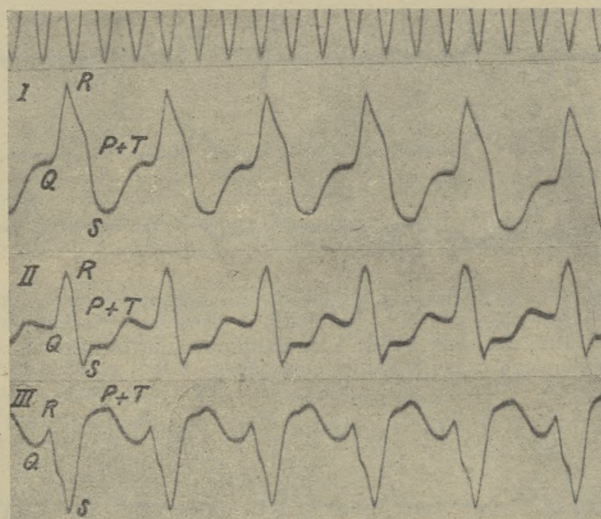
czów dodatkowych zależeć będzie od przyczyn je wywołujących.

Dalszym typem zaburzeń miarowości jest rytm węzłowy, który pojawia się przy wyzwalaniu się bodźców z węzła Aschoff - Tawary. Zależnie od tego, czy bodźce wyzwalają się z ośrodka tuż powyżej węzła, z samego węzła, czy poniżej niego, rozróżniamy rytm nad-, śród- i pod-

węzłowy. Na elektrokardiogramie uwidocznia się to bądź bezpośrednim poprzedzaniem załamka QRS, przez załamek P zazwyczaj ujemny, przy czym wtedy czas trwania PQ wyraźnie skraca się, bądź też załamek P zlewa się z QRS, co uwidocznia się pewnym zniekształceniem lub zgrubieniem załamka QRS, wreszcie załamek P występuje bezpośrednio po zespole QRS, a przed załamkiem T.

Do następnej grupy zaburzeń rytmiki serca należą zaburzenia spowodowane upośledzeniem przewodzenia (bloki), przy czym w zależności od stopnia upośledzenia oraz umiejscowienia w drogach przewodzących odróżniamy szereg ich postaci. Zaburzenie przewodzenia w zakresie przedsionków charakteryzuje się zniekształceniem załamka P czy to w postaci jego rozdwojenia, rozszczepienia, czy też odwrócenia. Do najczęściej spotykanych bloków należą zaburzenia przewodzenia przedsionkowo - komorowego, gdzie również daje się wyodrębnić kilka typów. Pierwszym jest przedłużenie czasu przewodzenia PQ, przekraczającego 0,2"; mimo przedłużenia czasu przejścia bodźca wyzwalającego skurcz z przedsionka do komory, każdy bodziec wyzwala skurcz komory. Przy dalszym upośledzeniu sprawności przewodzenia dochodzi do zakłócenia rytmiki serca, wynikiem czego jest wypadanie załamka QRS po kilku prawidłowo powstałych skurczach komory. Szczególnym przypadkiem zaburzenia przewodnictwa jest okresowe wyczerpywanie się dróg przewodzenia przedsionkowo - komorowego, zwane periodyką Wenckebacha. W elektrokardiogramie spostrzegamy wówczas, że PQ stopniowo przedłuża się w następujących po sobie ewolucjach, gdzie każdemu P odpowiada załamek komorowy QRS, wreszcie drogi przewodzenia nie są zdolne przeprowadzić bodźca, rezultatem czego jest wypadanie załamka QRS, po czym periodycznie powtarza się podobny obraz.

Omówione wyżej przypadki zaburzeń przewodzenia należą do rozkojarzenia przedsionkowo-komorowego częściowego, czyli stanowią blok częściowy.

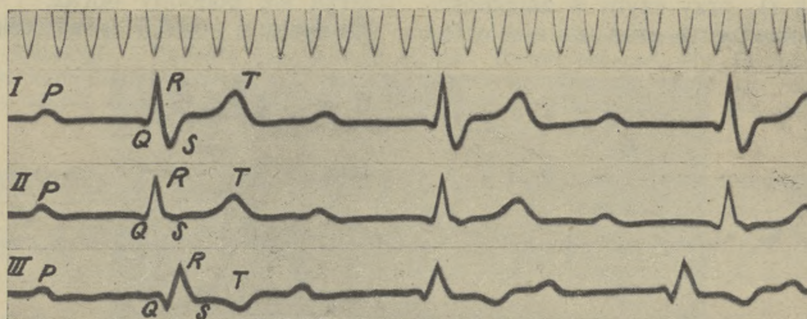


Ekg. 8. Komorowe kołatanie napadowe wg. dzieła prof. W. Orłowskiego p. t. „Patologia i Terapia Szczegółowa Chorób Wewnętrznych", str. 424; liczne jeden po drugim następujące po sobie skurcze dodatkowe komorowe o identycznym ukształtowaniu z rytmem 200 na min. Zniekształcenie dotyczy wysokości, obrysów i przedłużonego czasu trwania.

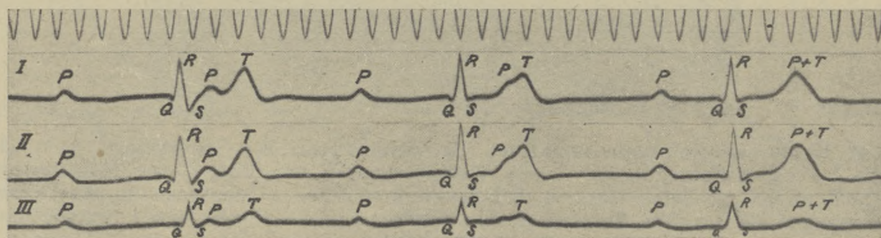
W przypadkach kiedy drogi przewodzące przedsionkowo - komorowe bodźców nie przewodzą, powstaje rozkojarzenie przedsionkowo-komorowe zupełne: przedsionki biją własnym rytmem, wskutek pobudzenia ich przez węzeł zatokowy, komory zaś rytmem zwolnionym, zależnym od t. zw. automatyzmu komór, które kurczą się wówczas pod wpływem uczynnienia ośrodków niższego rzędu. Okres ten, w którym komory są w stanie bezwładu, aż do chwili pojawienia się automatyzmu, wpływa na zatrzymanie krwiobiegu, który bywa zmienny co do

czasu trwania i klinicznie cechuje się mroczkami przed oczyma, utratą tętna oraz drgawkami, w przypadkach dłuższego trwania doprowadzając do całkowitej utraty przytomności, wraz z podświadomym oddawaniem stolca i moczu. Stan taki nazywamy zespołem Adams-Stockesa; może on trwać sekundy, a nawet minuty, niekiedy zespół Adams-Stockesa kończy się śmiercią.

Do względnie częstych zaburzeń przewodzenia zaliczamy zaburzenia (nie), na zniekształceniu i dwufazowości załamków QRS w stosunku do T oraz na częstym przedłużeniu czasu trwania PQ. Zaburzenia przewodzenia są wyrazem zahamowania powstającego w drogach przewodzenia, bądź o charakterze przemijającym (niedokrwienie, zatrucia, choroby zakaźne), bądź trwałym, najczęściej wskutek zapalenia lub zwyrodnienia tych dróg. Rozkojarzenie w zakresie lewego ramienia pęczka Hisa stwarza rokowanie poważniejsze, niż w przypadkach uszkodzenia



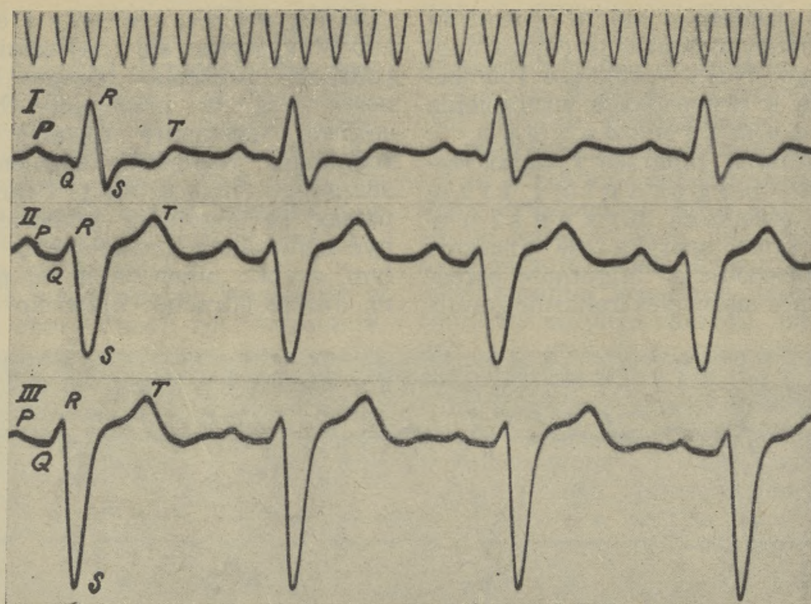
Ekg. 9. Przedłużenie czasu trwania przewodzenia przedsionkowo - komorowego wg. dzieła prof. W. Orłowskiego p. t. „Patologia i Terapia Szczegółowa Chorób Wewnętrznych", str. 102; załamki PQRST prawidłowo ukształtowane, natomiast okres PQ zamiast prawidłowego czasu trwania, sięgającego 0,19'', posiada czas trwania 0,40''.



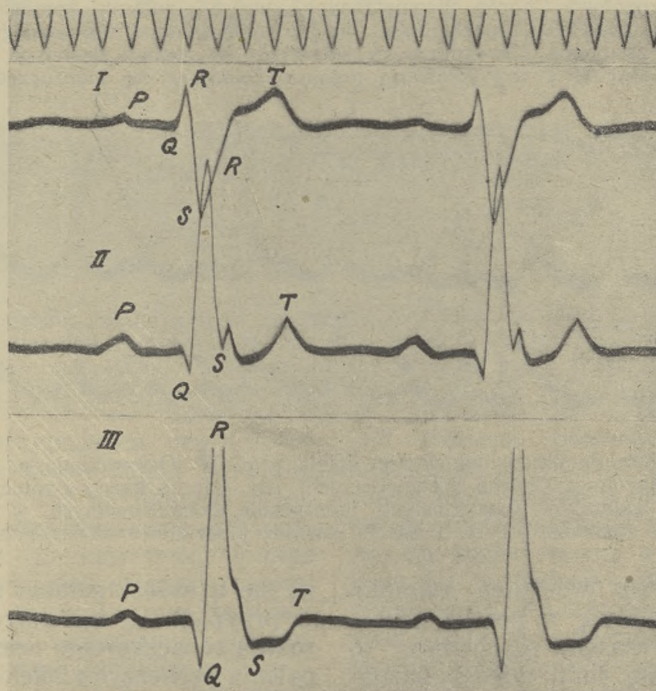
Ekg. 10. Rozkojarzenie (blok) zupełne wg. dzieła prof. W. Orłowskiego p. t. „Patologia i Terapia Szczegółowa Chorób Wewnętrznych", str. 103; prawidłowo ukształtowane załamki P występują w równych odstępach czasu co 0,6'', prawidłowo ukształtowane zespoły komorowe QRST również w równych odstępach czasu, ale co 1,3''; wskutek tego miejscami załamek P nakłada się na załamek QRS, względnie na T.

przewodzenia ramion pęczka Hisa, przy czym częściej dotyczy to ramienia prawego niż lewego ze względu na stosunki anatomiczne, lewa bowiem gałązka rozchodzi się wachlarzowato, prawa natomiast w postaci wąskiego pasma włókien, dlatego też łatwiej może ulec zmianom chorobowym. Rozpoznanie elektrokardiograficzne bloku gałązki opieramy na przewadze elektrokardiograficznej przeciwnej do zablokowanego ramienia (blok prawego ramienia daje przewagę elektrokardiograficzną lewej komory i odwrotnie ramienia prawego, ze względu na rozpierzchłe zmiany w mięśniu sercowym, zależne od anatomicznego przebiegu gałązek.

Rozkojarzenie (blok) rozgałęzień pęczka Hisa charakteryzuje się niskim wzniesieniem załamków P, QRS i T, przedłużeniem czasu trwania załamka QRS oraz jego zniekształceniem, wreszcie przedłużeniem czasu przewodzenia przedsionkowo - komorowego PQ. Blok ten spostrzega się w przypadkach zaawansowanych zmian w mięśniu



Ekg. 11. Blok prawego ramienia pęczka Hisa wg dzieła prof. W. Orłowskiego p. t. „Patologia i Terapia Szczegółowa Chorób Wewnętrznych", str. 104; załamki komorowe QRS w stosunku do T dwufazowe, o przedłużonym czasie trwania, o wysokim woltażu, z przewagą ekg. lewej komory, zniekształconc.



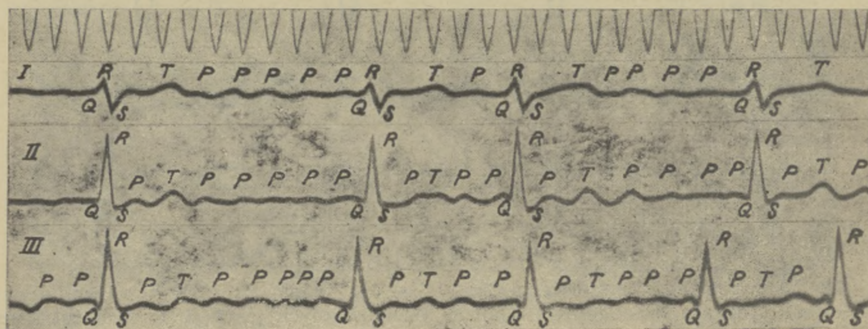
Ekg. 12. Blok lewego ramienia pęczka Hisa wg dzieła prof. W. Orłowskiego p. t. „Patologia i Terapia Szczegółowa Chorób Wewnętrznych", str. 105; załamki komorowe QRS w stosunku do T dwufazowe, zniekształcone, o przedłużonym czasie trwania, o wysokim woltażu, z przewagą ekg. prawej komory.

sercowym, daje on rokowanie poważne, jakkolwiek spostrzegano go również i w przypadkach, w których badanie kliniczne nie stwierdzało zaburzeń w czynności serca.

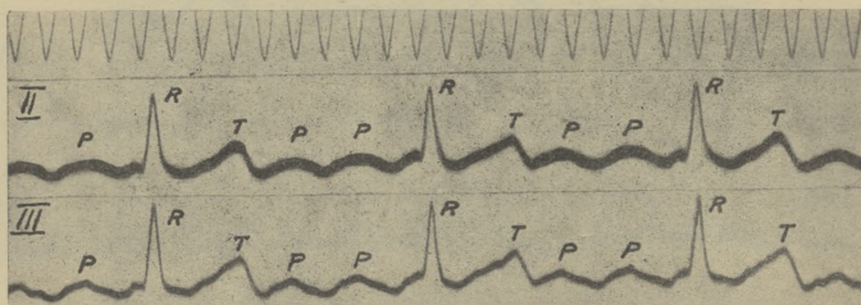
Rokowanie w przypadkach zaburzeń

przewodzenia uzależnia się w poważnej mierze od stopnia uszkodzenia całego mięśnia sercowego. Najpoważniejsze rokowanie stawia się w przypadkach wystąpienia zespołów A d a m s - S t o c k e s a.

Do najczęstszych zaburzeń rytmiki serca należy t. zw. m i g o t a n i e i t r z e p o t a n i e, zwłaszcza p r z e d s i o n k ó w. Migotanie spotyka się znacznie częściej niż trzepotanie. Migotanie przedsionków cechuje się w elektrokardiogramie



Ekg. 13. Migotanie przedsionków wg. dzieła prof. W. Orłowskiego p. t. „Patologia i Terapia Szczegółowa Chorób Wewnętrznych", str. 84; załamki komorowe QRS pojawiają się w różnych odstępach czasu, między nimi zamiast regularnego załamka P dostrzega się skupienie nieregularnych załamków w postaci drobnych falowań lub zazębień. Załamek T zamaskowany przez nakładające się nań przedsionki P.



Ekg. 14. Trzepotanie przedsionków wg. dzieła prof. W. Orłowskiego p. t. „Patologia i Terapia Szczegółowa Chorób Wewnętrznych", str. 86: na każdą ewolucję ekg. przypada po kilka załamków P wyniosłych, identycznie ukształtowanych, w danym przypadku w stosunku 2 P do 1 QRST również prawidłowo ukształtowanego.

brakiem regularnych wzniesień załamka P, który przedstawia się w postaci nieregularnie falistej, czasem zazębionej, to znów izoelektrycznej linii, między zaznaczonymi załamkami QRS. Migotanie stwarza niemiarowość zupełną wskutek pojawienia się załamków QRS w różnych okresach, rzadziej regularnych. W tym ostatnim przypadku migotanie przedsionków przy istniejącej pozornej miarowości stwierdzić można jedynie na drodze badania elektrokardiograficznego.

M i g o t a n i e p r z e d s i o n k ó w spotyka się najczęściej w przypadkach zwężenia lewego ujścia żylnego oraz w przebiegu choroby Basedowa, występuje również przy zwyrodnieniu, względnie zapaleniu mięśnia sercowego (myocarditis). Pamiętać jednak należy, że migotanie przedsionków może być zjawiskiem napadowym, krótkotrwałym, szybko przemijającym, powstającym na drodze odruchu. Zjawisko takie spotyka się u osób z sercem zupełnie zdrowym, w przypadkach np. ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego oraz obostrzonego zapalenia pęcherzyka żółciowego. W obu tych przypadkach kontrolne badanie kliniczne oraz elektrokardiograficzne nie stwierdzało żadnych zmian w sercu, po ustąpieniu napadu migotania przedsionków z chwilą złagodzenia objawów zapalnych w jamie brzusznej.

T r z e p o t a n i e p r z e d s i o n k ó w jest zaburzeniem rytmiki ser-

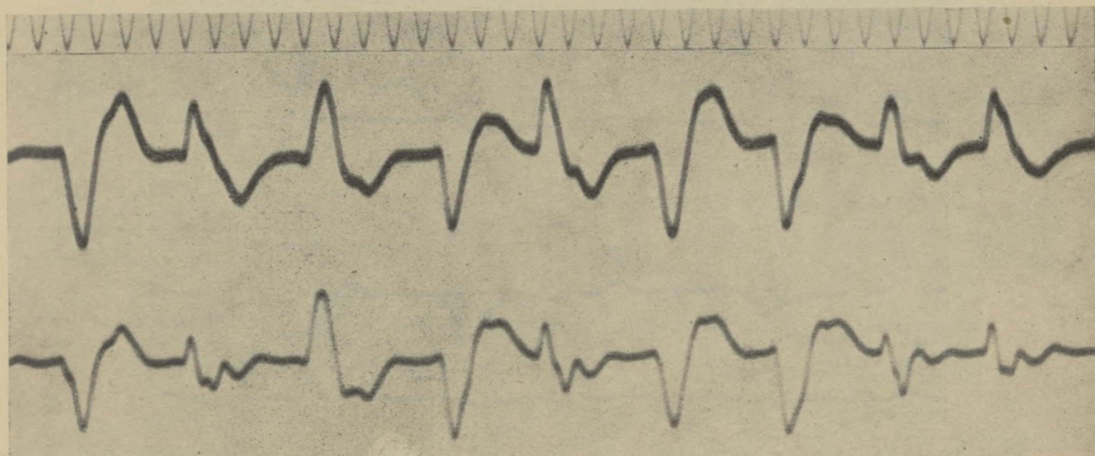
ca w czystej postaci bardzo rzadko spotykanym. Polega ono na miarowej i szybkiej czynności przedsionków, przy której co drugi, trzeci skurcz udziela się komorze. W ten sposób najczęściej powstaje niemiarowość miarowa. Załamek P o rytmie 200 — 300 skurczów na 1' posiada wysoki woltaż, załamek R w tych razach bywa zniekształcony przez nakładający się nań załamek P.

Trzepotanie przedsionków występuje w tych stanach chorobowych co i migotanie, to też elektrokardiograficznie bardzo często spotyka się postaci mieszane, t. zw. migoto - trzepotanie przedsionków, gdzie obok ewolucyj z przedsionkami migoczącymi stwierdza się ewolucje z przedsionkami trzepoczącymi.

stanach agonalnych; panuje przekonanie, że jest ono stanem nieodwracalnym, prowadzących rychło do śmierci.

Rytm w migotaniu komór bywa zazwyczaj znacznie przyspieszony i trudno jest w elektrokardiogramie odróżnić załamki P i T ze względu na zniekształcenie załamków QRS. Przekonałem się w jednym przypadku po wstrzyknięciu adrenaliny dożylnie, że migotanie komór uchwycone w elektrokardiogramie, klinicznie objawiające się ogólnym zapadem chorego, szybko przeminęło, nie wywołując trwałych zaburzeń w czynności serca.

Ze względu na to, że elektrokardiografia przede wszystkim odgrywa doniosłą rolę w rozpoznawaniu i różnicowaniu zaburzeń rytmiki serca, zatrzymaliśmy się dłużej



Ekg. 15. Migotanie komór przedstawia szereg raz po raz następujących po sobie zespołów komorowych, nieregularnie ukształtowanych i wielce różniących się między sobą; przyczyna tego tkwi w pobudzaniu komór stale przez coraz to inne środki podnietotwórcze.

Rokowanie w przypadkach migotania i trzepotania przedsionków zależy od stanu mięśnia sercowego oraz od długości trwania tego rodzaju niemiarowości. Przewlekle trwające stany niemiarowości trudno dają się usunąć, wyjątek stanowi migotanie przedsionków, powstałe w następstwie choroby Basedowa; ustąpienie choroby może przywrócić rytm prawidłowy.

Migotanie komór jest zjawiskiem najrzadziej spotykanym w elektrokardiogramie. Charakteryzuje się ono zniekształceniem znacznego stopnia załamków komorowych, które zazwyczaj posiadają wysoki woltaż, przedłużony czas trwania i nieregularne obrysy. Migotanie komór bywa spostrzegane przemijająco w

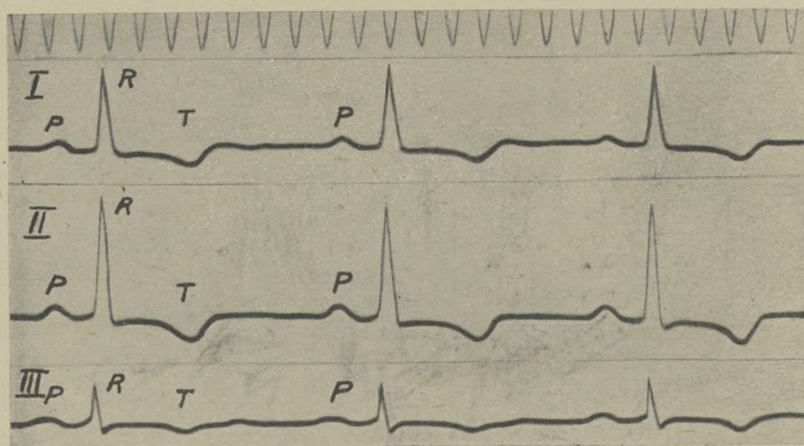
nad różnymi postaciami niemiarowości, najczęściej spotykanymi w klinice, podkreślając typy częściej spotykane, pomijając zaś postaci spotykane niezmiernie rzadko, jak np. rozkojarzenie wewnątrz przedsionkowe i t. p. Należy podkreślić, że poszczególne postaci niemiarowości mogą się ze sobą kojarzyć, stwarzając postaci mieszane, np. migotanie przedsionków wraz ze skurczami dodatkowymi i t. p.

Obecnie zatrzymamy się nad uwzględnieniem ukształtowania poszczególnych załamków, biorąc pod uwagę w rozpoznaniu elektrokardiograficznym wysokość, obrysy, kierunek (dodatni, względnie ujemny), oraz czas ich trwania. Ocenę załamków opie-

ramy na porównaniu ich z załamkami, występującymi w warunkach fizjologicznych.

Jeśli chodzi o w y s o k o ś ć załamków, to wiemy, że np. załamki QRS niskie w 3 odprowadzeniach, wysokością nie przekraczające 5 mm., są wyrazem stanu patologicznego, powstałego czy to wskutek zmian w mięśniu sercowym, czy też w następstwie istnienia wysiękowego zapalenia osierdzia. Naturalnie badanie kliniczne rozstrzyga o rozpoznaniu. Wysokość załamka P oraz jego ukształtowanie odtwarza stan przedsionków, np. wysoki załamek P spostrzega się przy przeroście, względnie rozszerzeniu lewego przedsionka. Wysokość załamka T pozwala ocenić stopień napięcia układu wegetatywnego, a mianowicie styczne jest dla dusznicy bolesnej, niekiedy o naturze zawałowej.

Co do k i e r u n k u załamków elektrokardiograficznych, to zasadniczo w warunkach prawidłowych są one skierowane ku górze w 3 odprowadzeniach. Na podstawie kierunku wzniesienia szczytu R można sądzić o przewadze elektrokardiograficznej komory — i tak załamek QRS skierowany w I odprowadzeniu ku górze, a w III ku dołowi, przemawia za przewagą lewej komory, to znaczy, może być wykładnikiem przerostu, względnie rozszerzenia lewej komory, lub też tylko następstwem wysokiego uniesienia serca, np. wysoko ustawioną przeponą. Załamek QRS w I odprowadzeniu szczytem zwrócony ku do-

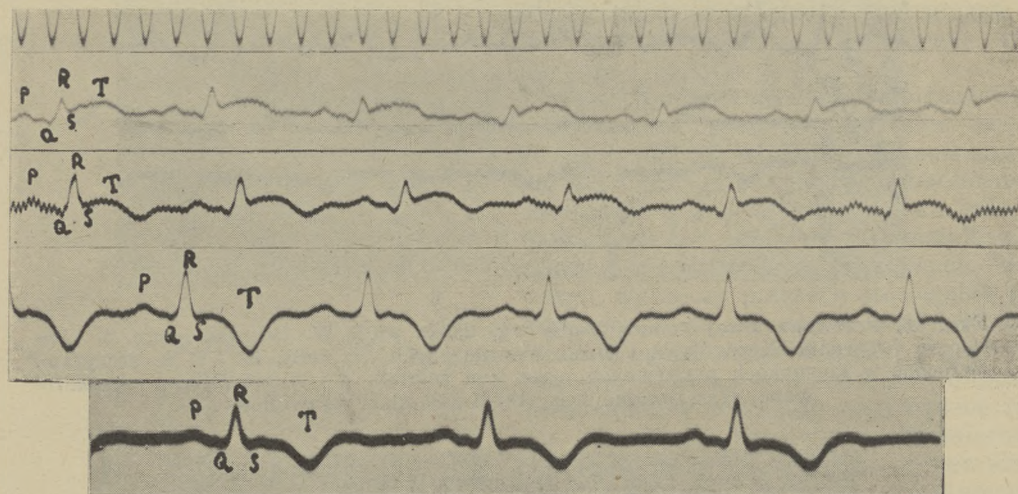


Ekg. 16. Załamek T ujemny w 3 odprowadzeniach w przypadku myocarditis wg. dzieła prof. W. Orłowskiego p. t. „Patologia i Terapia Szczegółowa Chorób Wewnętrznych, str. 131.

obecność niskiego załamka T przemawia za istnieniem przewagi układu współczulnego, podczas gdy wysoki załamek T spotyka się w przypadkach przewagi układu nerwu błędnego.

Z g r u b i e n i a załamków, zwłaszcza QRS przemawiają za uszkodzeniem mięśnia sercowego, którego stopień jest zaawansowany, jeżeli zniekształcenie załamków dotyczy kilku odprowadzeń. Rozszczepienie, względnie rozdwojenie załamka P przemawia za powiększeniem wymiarów lewego przedsionka w następstwie nie jedno czasowego pobudzenia przedsionków, względnie w następstwie dłuższego czasu, potrzebnego do przebycia podniety elektrycznej. Zniekształcenie załamka T, a zwłaszcza jego odcinka ST, który często przybiera postać łukowatą, charakterytowi, a w III ku górze, wskazuje na przewagę elektrokardiograficzną prawej komory, co jest wyrazem przerostu lub rozszerzenia prawej komory, a w pierwszych latach życia zjawiskiem fizjologicznym. W warunkach patologicznych o wiele częściej spostrzega się przewagę lewej komory niż prawej. Badanie elektrokardiograficzne w tych razach stanowi przewagę nad badaniem rentgenologicznym (ortodiagram serca), gdyż we wczesnych stanach przerostu serca, kiedy badanie rentgenologiczne nie wykrywa odchyleń w sylwetce serca, to już badanie elektrokardiograficzne umożliwia rozpoznanie nawet wczesnego przerostu, decydując niekiedy o rozpoznaniu. Załamek P ujemny, spostrzega się przy rytmie nadwęzłowym w przypadku pobudzenia go nie przez zatokę, a przez ośrodki

niższego rzędu. Załamek T ujemny wskazuje na istnienie zmian w mięśniu sercowym, przy czym stopień tych zmian zależy od tego, czy odchylenie to dotyczy jednego, dwóch, czy trzech odprowadzeń. Zaznaczyć należy, że załamek T ujemny w III odprowadzeniu może nie być zjawiskiem patologicznym, gdyż często spotyka się taki załamek w warunkach fizjologicznych. Należy zwrócić uwagę na rolę odcinka ST, który w patologii serca posiada duże znaczenie. Odcinek ST łukowaty, jak już zaznaczyłem, stwierdza się w przypadku dusznicy bolesnej; jednoczesne uniesienie jego, względnie obniżenie poza poziom linii izoelektrycznej, przy równoczesnym zniekształceniu załamka T, charakterystyczne jest dla zawału mięśnia sercowego. Ten swoisty układ ST, zwany falą P a r d i e u g o, jest zjawiskiem rzadko spotykanym; tłumaczy się to tym, że jest to objaw w elektrokardiogramie bardzo szybko przemijający. Jakkolwiek w klinice często rozpoznajemy klasyczny zespół charakterystyczny dla zawału mięśnia sercowego, to jednak stosunkowo rzadko w elektrokardiogramie odzwierciadla się zespół P a r d i e u g o. Przyczyna tego tkwi w tym, że badanie elektrokardiograficzne przeprowadzane jest w późnych okresach powstania zawału. Przekonałem się, że elektrokardiogram wykonany jedynie w pierwszych godzinach od chwili powstania zawału daje klasyczny zespół P a r d i e u g o. Każdy, kto badał przebieg zawału mięśnia sercowego w codziennie wykonywanych elektrokardiogramach, może stwierdzić, że obrazy elektrokardiograficzne z dnia na dzień ulegają zmianie, a nawet w początkach sprawy chorobowej zmiany te zaznaczają się z godziny na godzinę. Zmiany te obserwuje się zwłaszcza w ciągu pierwszego tygodnia trwania sprawy zawałowej, po czym obraz ustala się na okres szeregu tygodni, miesięcy, a nawet lat, pozostawiając zawsze trwałe zniekształcenie w obrębie QRST.

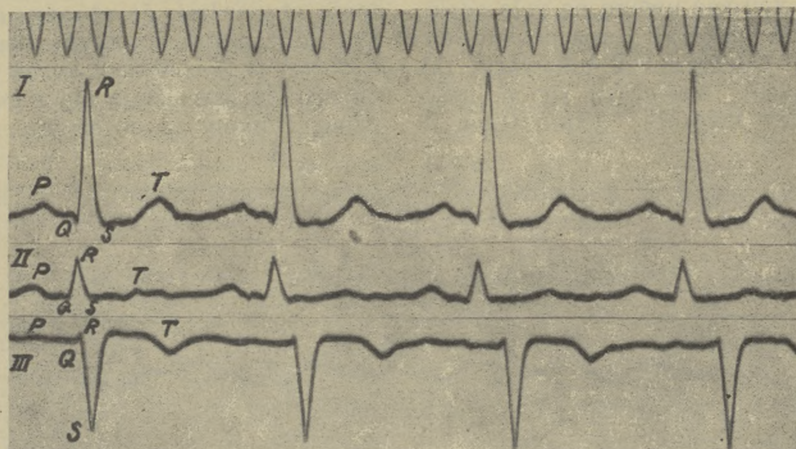


Ekg. 17 Zespół Pardieugo w przypadku zawału mięśnia sercowego. 4 ekg. dotyczą pierwszego odprowadzenia, wykonywanego w różnych odstępach czasu, celem odzwierciadlenia kolejności przemian, w ekg. 1, zdjęcie wykonano natychmiast po pojawieniu się oznak sprawy zawałowej; niski załamek QRS, ramię jego zstępujące już powyżej linii izoelektrycznej przechodzi łukowato w załamek T. 2 zdjęcie wykonane nazajutrz daje odmienny obraz: łukowato wygięty załamek staje się dwufazowy, przy czym pierwsza faza dodatnia powyżej linii izoelektrycznej, druga — ujemna poniżej linii izoelektrycznej. 3 zdjęcie w 3 dniu choroby: ramię zstępujące QRS dobiega już linii izoelektrycznej, okres ST jest łukowaty, natomiast T wybitnie ujemne, o szczycie ostrym. 4 zdjęcie w 3 tygodniu choroby: załamek T ujemny o szczycie zaokrąglonym; obraz ostatni utrzymuje się w ciągu dłuższego czasu.

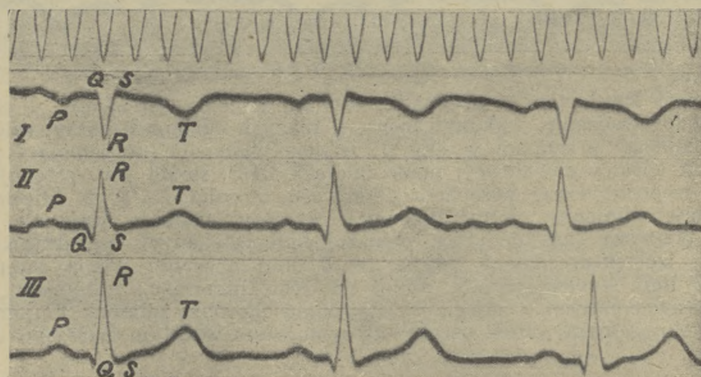
P r z e d ł u ż e n i e czasu trwania poszczególnych załamków poza normy fizjologiczne wskazuje na zaburzenia przewodzenia, czy to w obrębie przedsionków, czy to komór, czy też w obrębie dróg przedsionkowo - komorowych. Zaburzenia tego rodzaju były omówione w zaburzeniach rytmiki, powstałych na skutek bloku (zaburzeń przewodzenia).

Zmiany w ukształtowaniu załamków rzadko kiedy bywają jednostronne, częściej natomiast są skojarzone, t. j. np. obok odchyleń kierunku załamków dostrzega się ich zgrubienie, przedłużenie czasu trwania i t. p.

Widać więc z dotychczasowego omówienia, że poza zaburzeniami rytmik serca, kardiograficzna lewej komory może być przejawem wysoko uniesionej podstawy serca. Stan charakterystyczny dla situs inversus, przy którym położenie serca wraz z naczyniami jest odwrotne do fizjologicznego, cechuje się w elektrokardiogramie w I odprowadzeniu odwróceniem wszystkich załamków, których obraz jest zwierciadla-



Ekg. 18. Przewaga lewej komory serca wg dzieła prof. W. Orłowskiego p. t. „Patologia i Terapia Szczegółowa Chorób Wewnętrznych, str. 115: R_1 i S_3 szczytami zwrócone w kierunkach przeciwnych, poza tym załamki T i P prawidłowo ukształtowane, czas trwania wszystkich załamków prawidłowy.



Ekg. 19. Wrodzone prawostronne położenie serca wg dzieła prof. W. Orłowskiego p. t. „Patologia i Terapia Szczegółowa Chorób Wewnętrznych", str. 275; I odprowadzenie stanowi obraz zwierciadlany odprowadzenia prawidłowego, natomiast odprowadzenie II staje się III, III — zaś II.

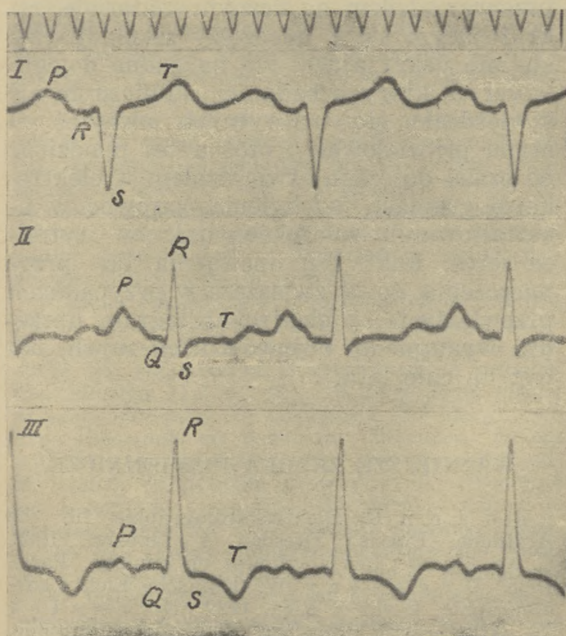
ukształtowanie załamków elektrokardiograficznych ułatwia również ocenę stanu mięśnia sercowego. Po za tym elektrokardiogram pozwala określić położenie serca, rozpoznać niektóre wady serca, zwłaszcza zwężenie lewego ujścia żylnego oraz rozstrzygać o zmianach w osierdziu.

Wspomniałem już, że przewaga elektro-

nym odbiciem I odprowadzenia zwykle występującego, natomiast II odprowadzenie stanowi odpowiednik III odprowadzenia prawidłowego i odwrotnie III odprowadzenie odpowiada II zwykłemu. Elektrokardiogram w przypadku zwężenia ujścia żylnego lewego charakteryzuje się przewagą elektrokardiograficzną prawej komory, wy-

sokim, względnie rozszczepionym załamkiem P, często o przedłużonym czasie trwania PQ.

W przypadku wysiękowego zapalenia osierdzia spotyka się niskie załamki QRS, natomiast w przypadkach zrostów osierdzia ze śródpiersiem, unieruchamiających serce w stałym położeniu, wykonane elektrokardiogramy jednocześnie w pozycji na prawym i na lewym boku dają wysokość załamków niezmienną, podczas gdy w warunkach fizjologicznych zmiana pozycji badanego wpływa na zmianę wysokości załamków, zwłaszcza QRS w poszczególnych odprowadzeniach.



Ekg. 20. Zwężenie lewego ujścia żylnego wg dzieła prof. W. Orłowskiego p. t. „Patologia i Terapia Szczegółowa Chorób Wewnętrznych", str. 221: przewaga prawej komory, rozszczepienie załamka P_1 i P_2, okres PQ przedłużony.

Rozpoznanie choroby serca poparte badaniem elektrokardiograficznym w bardzo wielu razach wpływa na odpowiednie rokowanie i leczenie. Pamiętać jednak należy, że elektrokardiogram prawidłowy w 3 odprowadzeniach nie wyłącza możliwości istnienia zmian w sercu, znane bowiem są przypadki elektrokardiogramów prawidłowych nawet w końcowych okresach życia u chorych sercowych. Fakt ten jest jeszcze jednym niezbitym dowodem, że elektrokardiografia jest pomocniczym badaniem klinicznym, nie zawsze decydującym o rozpoznaniu, które można postawić jedynie po dokładnie przeprowadzonym badaniu klinicznym.

Jakież wnioski co do rokowania daje nam elektrokardiograf? Dobre rokowanie będziemy stawiać w tych przypadkach, gdy przy ujemnym badaniu klinicznym nie stwierdzamy odchyleń od stanu prawidłowego w elektrokardiogramie. Jakżeż jednak często ujemnemu badaniu klinicznemu odpowiadają mniejsze lub większe odchylenia krzywej elektrokardiograficznej; stopień tych odchyleń stanowić wówczas będzie o mniej lub bardziej poważnym rokowaniu. Na rokowanie wpływać też będzie postępowanie lub też cofanie się zmian dostrzegalnych w elektrokardiogramach, dokonywanych w różnych odstępach czasu leczenia.

Wynik badania elektrokardiograficznego często decyduje o odpowiednim leczeniu w zależności od ustalonego rozpoznania. W przypadkach stwierdzenia niemiarowości zatokowej z współistnieniem skurczów dodatkowych bez odchyleń w ukształtowaniu załamków elektrokardiograficznych, rozpoznanie wykluczy potrzebę stosowania środków sercowych, natomiast zwróci uwagę na leczenie ogólnie uspokajające, właściwe dla nerwicy serca. Stwierdzenie migotania przedsionków wskazuje na potrzebę leczenia środkami sercowymi. Niemiarowość powstała wskutek zaburzeń przewodzenia wymaga bardzo ostrożnego postępowania leczniczego, to też nieopatrzne stosowanie przetworów naparstnicy we wszelkiego rodzaju niemiarowościach serca w przypadkach niektórych zaburzeń przewodzenia może odbić się fatalnie na stanie chorego. Podobnie i w t. zw. myocarditis bez zaburzeń rytmiki serca leczenie winno odbywać się pod kontrolą badania elektrokardiograficznego w zależności od zaawansowania sprawy chorobowej. Inaczej będziemy postępowali w przypadkach przewlekłych, stosując środki zwiększające ukrwienie mięśnia sercowego przy ogólnym postępowaniu oszczędzającym serce, inaczej w przypadkach ostrych, np. zawału mięśnia sercowego, w których na pierwszym planie kładzie się nacisk na wielotygodniowy pobyt w łóżku. Obserwacje kliniczne łącznie z badaniem elektrokardiograficznym wyraźnie stwierdzają, że im wcześniej rozpoznano stopień i rozległość zaburzeń w mięśniu sercowym, tym pomyślniejsze są wyniki leczenia, a w przypadkach świeżo rozpoznanych zawałów mięśnia sercowego często udaje nam się

uratować życie przy właściwym postępowaniu leczniczym. Można śmiało powiedzieć, że od czasu istnienia elektrokardiografii liczba przypadków nagłej śmierci sercowej wydatnie się zmniejszyła, natomiast diagnostyka chorób serca wybitnie się pogłębiła. Stąd i w chorobach serca wyraźnie potwierdza się przyjęta ogólnie zasada, by najpierw ustalić dokładnie rozpoznanie, a później dopiero wdrożyć odpowiednie leczenie.

Poznawszy w zarysach istotę elektrokardiografii oraz jej znaczenie w klinice, zastanówmy się, jakie przypadki chorób serca należy kierować do badania elektrokardiograficznego? Na pierwszym planie należy wymienić wszelkiego rodzaju niemiarowości serca, których naturę można tą drogą najdokładniej poznać. Na dalszym planie stoją zaburzenia w pobudliwości serca, cechujące się zbyt przyśpieszoną lub zwolnioną rytmiką, chodzi tutaj bowiem o ustalenie, czy przyśpieszenie czynności serca jest tylko fizjologicznym zatokowym pobudzeniem przedsionków, czy też mamy do czynienia np. z kołataniem napadowym serca (tachycardia paroxysmalis). Toż samo w przypadkach zwolnionej rytmiki serca, która może być pochodzenia wagotonicznego, a może też być przejawem zaburzeń przewodzenia, t. zw. rozkojarzenia, czyli bloku serca. Do dalszej grupy przypadków, które winny być kierowane do badania elektrokardiograficznego należą t. zw. myocarditis acuta seu chronica, to jest przypadki zapalenia albo zwyrodnienia mięśnia sercowego. Od badania elektrokardiograficznego nie powinny być zwolnione przypadki, których wywiady są wybitnie sercowe, natomiast badanie kliniczne nie wykrywa w sercu uchwytnych odchyleń od stanu prawidłowego. Dalej wymienić należy wady nabyte oraz wrodzone serca, z których nieliczne mają swoiste odbicie w krzywej elektrokardiograficznej. Widzimy więc, jak duża grupa schorzeń serca znajduje odpowiednie oświetlenie w elektrokardiografii.

Dobrodziejstwa elektrokardiografii może ocenić ten tylko, który, wykonując elektrokardiogram równolegle z badaniem klinicznym, stwierdza, że szereg chorych ze zwykłą nerwicą serca było latami uważanych za przypadki organicznego schorzenia serca i odwrotnie, ludzie pozornie zdrowi posiadali zaawansowane zmiany w mięśniu sercowym, pozorna miarowość była niemiarowością zupełną, nieujawnioną badaniem klinicznym.

Nasuwa się jednak pytanie, czy dostrzeżone zmiany w elektrokardiogramie powstały równocześnie z dolegliwościami, względnie z dostrzeżonymi odchyleniami w układzie krążenia, czy też poprzedzają te stany. Odpowiedź znajdujemy w obserwacjach poczynionych w elektrokardiogramach z wieku młodzieńczego. Badania te przeprowadziłem na licznym materiale, rekrutującym się z młodzieży szkolnej, często nie uskarżającej się na żadne dolegliwości i u których badaniem klinicznym nie stwierdzało się uchwytnych odchyleń od stanu prawidłowego; otóż u tej młodzieży od czasu do czasu stwierdzałem w elektrokardiogramach odchylenia, zarówno w ukształtowaniu załamków, jak w rytmice serca. Fakt ten upoważnia do przypuszczenia, że — zwłaszcza w przypadkach przewlekłych — elektrokardiogram uprzedza wystąpienie objawów klinicznych, nawet na całe lata.

WAŻNIEJSZE ŹRÓDŁA PIŚMIENNICZE.

B o d e n E. Elektrokardiographie für die Ärztliche Praxis. Dresden i Leipzig. 1932. C l e r c A. Les arythmies en clinique. Paris. 1925. D r e s s l e r W. Klinische Elektrokardiographie. Berlin i Wien. 1932. D r e s s l e r W. Atlas der klinischen Elektrokardiographie. Berlin i Wien. 1933. G r o e d e l F. Das Extremitäten-, Thorax- und Partial Elektrokardiogramm des Menschen. Dresden i Leipzig. 1934. H r o m S t. i R o s n o w s k i M. W sprawie znaczenia klinicznego rozszczepionego załamka P w ekg. P. A. M. W. T. VIII, z. 2. 1930. H r o m S t. Wpływ doświadczalnej kwasicy i alkalozy na układy krążenia i oddychania u ludzi zdrowych. P. A. M. W. T. X, z. 3. 1932. H r o m S t. Badania doświadczalne nad wpływem nerwów błędnych i współczulnych na serce. P. A. M. W. T. XII, z. 3. 1934. L e v i s T h. Electrocardiographie clinique. Bruksela 1920. O r ł o w s k i W. Patologia i terapia szczegółowa chorób wewnętrznych. Warszawa, 1933. W e n c k e b a c h i W i n t e r b e r g. Unregelmässige Herztätigkeit. Leipzig. 1927.

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Rokowania w przypadkach marskości wątroby. (Le pronostic lointain des cirrhoses du foie). E. Chabrol, J. Sallet.

Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hop. de Paris Nr. 27, 1936.

Rokowanie w długotrwałej niewydolności wątroby jest trudne. Jednym z pomocniczych momentów jest w tych przypadkach badanie składu chemicznego krwi. Autorzy zwracają uwagę na 3 składniki, a mianowicie: polipeptydy, sole żółciowe i cholesterynę. Oznaczając zawartość we krwi polipeptydów niedokładną, lecz łatwą technicznie, metodą kolorymetryczną (Goiffon, Spaey), autorzy przyjęli za wartość prawidłową 21 mg./%. W toku dalszych badań spostrzegli, że przy poziomie polipeptydów poniżej normy rokowanie jest dobre w 75% przypadków. Wzrost zawartości polipeptydów we krwi pogarsza znacznie rokowanie. Zwłaszcza, jeżeli stwierdzamy wartości bardzo wysokie, jest to zapowiedzią szybkiego i niepomyślnego rozwoju sprawy.

Drugim wskaźnikiem rozpoznawczym ma być poziom cholesteryny we krwi. Tutaj jednak kierunek wahań jest odwrotny, t. zn. rokowanie jest dobre, gdy cholesteryna utrzymuje się na poziomie prawidłowym (1,2 mg. %) lub też powyżej niego; w miarę obniżania się zawartości cholesteryny we krwi rokowanie się pogarsza. Wyraźne jednak wnioski wysuwać można tylko przy znacznych odchyleniach od poziomu prawidłowego. Pamiętać też należy, że z hypocholesterynemią mamy do czynienia nietylko w chorobach wątroby; towarzyszy ona zawsze wyniszczeniu organizmu niezależnie od sprawy, jaka je wywołuje. Dlatego też niski poziom cholesteryny we krwi nie pomaga w rozpoznaniu rodzaju sprawy toczącej się w wątrobie, wskazuje jedynie na zły stan ogólny chorego. Najmniej stałe są wyniki określenia poziomu kwasów żółciowych i ich soli we krwi; autorzy nie podają wyraźnych wskazań rokowniczych z badań tych wypływających.

Postać poronna choroby Cushinga potwierdzonej sekcyjnie. (Un cas de syndrome de Cushing avec symptomatologie fruste et vérification anatomique). H. Metzger, G. Hoerner, Ch. Maurer.

Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hop. de Paris Nr. 27, 1936.

Autorzy przedstawiają przypadek choroby Cushinga o nietypowym przebiegu klinicznym.

Chora, panna lat 37, zgłosiła się do lekarza z powodu wzrastającej otyłości, bólów w całym ciele i nieregularnych miesiączek. Przedmiotowo stwierdzono w tym czasie otyłość i powiększenie tarczycy miernego stopnia. Po zastosowaniu przetworów jajnikowo-tarczycowych objawy chorobowe ustąpiły: waga ciała spadła, miesiączki stały się regularne. Po roku jednak dawne dolegliwości wróciły i dołączyły się do nich bóle wzdłuż kręgosłupa. Ponownym badaniem przedmiotowym stwierdzono ospałość w zachowaniu, otyłość, znaczne powiększenie tarczycy i okrągły kształt twarzy. W zakresie skóry zauważono obfite uwłosienie brwi i rozstępy skórne na bocznej ścianie jamy brzusznej. Ciśnienie tętnicze krwi: 160/105 (RR). W moczu zmian nie stwierdzono. Ponieważ niektóre z tych objawów wskazywały na obecność guza przysadki, wykonano badania dodatkowe. Poziom cukru, mocznika i skład morfologiczny krwi — prawidłowe. Badaniem okulistycznym zmian w zakresie dna oka i pola widzenia nie stwierdzono. Zdjęcie czaszki wykazało zmniejszenie siodełka tureckiego i nieznaczny zanik wyrostków klinowatych przednich. Budowa kości prawidłowa. Poza tym stwierdzono znaczne zmniejszenie ilości ciała tyreogonado-tropowego w moczu.

Sześć tygodni po przybyciu do szpitala chora zmarła nagle z powodu zatoru płucnego po zapaleniu żyły kończyny dolnej. Sekcyjnie stwierdzono duży guz w bocznej części przysadki, uciskający na zatokę jamistą prawą. Zbudowany on był z komórek zasadochłonnych. W zakresie wszystkich gruczołów wydzielania wewnętrznego znaleziono zmiany typowe dla morbus Cushinga.

Do całkowitego obrazu klinicznego brakowało w tym przypadku zmian w budowie kośćca, nadmiernego uwłosienia, podniesienia poziomu cukru we krwi, oraz wzmożenia podstawowej przemiany materii i wysokiego ciśnienia tętniczego krwi.

Białaczki ukryte. (Les cryptoleucemies). E. Weil, P. Isch-Weill, S. Pertis.

La Presse Méd. Nr. 3, 1936.

Białaczka daje często szereg objawów, składający się na pełny zespół kliniczny tej jednostki chorobowej. Podstawowym momentem jest dla rozpoznania obraz krwi, w którym na pierwszy plan wysuwa się liczba ogólna i skład odsetkowy krwinek białych. Jednakże nierzadko spotyka się poronne postacie białaczki, kiedy obraz krwi jest prawidłowy lub bardzo do niego zbliżony, występuje natomiast znaczne powiększenie śledziony.

Dla bliższego poznania rodzaju sprawy chorobowej autorzy wykonali we wszystkich przypadkach splenomegalii nakłucie śledziony. Przy pomocy tego zabiegu otrzymywali oni rozmazy (splenogramy) różniące się od siebie znacznie w poszczególnych przypadkach.

Prawidłowy obraz odsetkowy rozmazów śledzionowych przedstawia się następująco:

Krwinki białe		
Wielojądrzaste	obojętnochłonne	20—30
	kwasochłonne	1
	zasadochłonne	nieliczne
Pałeczkowate		10—20
Monocyty		5—10
Limfocyty		50—60
Komórki plazmatyczne		1—2
Normoblasty		nieliczne

Wynikiem kilkuletnich badań jest stwierdzenie częstego występowania białaczki ukrytej, w której obraz morfologiczny krwi obwodowej jest prawidłowy t. zn. ani liczba ogólna ani wzór % krwinek białych nie przedstawia odchyleń od stanu prawidłowego. Po nakłuciu natomiast powiększonej śledziony stwierdza się w tych przypadkach nieprawidłowy obraz morfologiczny otrzymanego materiału.

Zależnie od splenogramu rozróżnić można 3 rodzaje białaczki ukrytej: 1) limfatyczną, 2) szpikową, 3) ostrą, myeloblastyczną.

Białaczka ukryta limfatyczna może przebiegać z powiększeniem śledziony i gruczołów chłonnych (typ śledziono-limfatyczny) lub bez obrzmienia gruczołów limfatycznych (typ śledzionowy). W tej jednostce chorobowej splenogram charakteryzuje się bardzo znacznym wzrostem liczby komórek pochodzących z układu chłonnego, wśród których przeważają postacie niedojrzałe (limfoblasty). Liczba krwinek białych pochodzenia szpikowego spada prawie do zera.

Oto przykład splenogramu limfatycznego:

Wielojądrzaste	obojętnochłonne	5
	zasadochłonne	0,5
Limfoblasty		85
Monocyty		5,5
Komórki plazmatyczne		0,5
		1,5
Normoblasty		2,0

W białaczce szpikowej obraz otrzymany przy nakłuciu śledziony jest bardzo urozmaicony. Spostrzega się wzrost liczby krwinek białych obojętnochłonnych. Pojawiają się liczne postacie niedojrzałe szeregu szpikowego (myeloblasty, myelocyty, meta- i pro-myelocyty). Obok tego w przypadkach białaczki szpikowej widzi się w splenogramie żywy odczyn ze strony układu czerwonokrwinkowego, czego brak w białaczce limfatycznej. Spotyka się więc liczne normoblasty i myeloblasty. Jeden z przytoczonych splenogramów przedstawia się następująco:

Wielojądrzaste	obojętnochłonne	40
	kwasochłonne	2
	zasadochłonne	2
Limfocyty		6
Pałeczkowate		4
Monocyty		11
Promyelocyty		3
Myelocyty oboj.		14
		11
Myeloblasty		3
Normoblasty		6

Trzecią grupę białaczek ukrytych stanowi postać ostra myeloblastyczna. U tych chorych nakłucie śledziony jest zwykle potwierdzeniem rozpoznania ustanowionego na podstawie charakterystycznego przebiegu klinicznego. W splenogramie występuje wtedy zmniejszenie liczby dojrzałych krwinek białych z jednoczesnym pojawieniem się postaci młodych krwinek białych i czerwonych.

Nakłucie śledziony dopomaga do rozpoznania w przypadkach splenomegalii nieznanego pochodzenia. Wynik daje wskazówki rozpoznawcze i lecznicze. Chorzy, u których stwierdza się białaczkowe bujanie śledziony, reagują zwykle bardzo dobrze na leczenie promieniami Roentgena. W wyniku radioterapii ustępują objawy osłabienia (bóle i zawroty głowy, łatwe męczenie się) znikają bóle w jamie brzusznej. Przedmiotowo stwierdza się zwykle zmniejszenie śledziony i ustępowanie współistniejącej często niedokrwistości.

Leczenie przewlekłych stanów zapalnych pęcherzyka żółciowego niepowikłanych kamicą. (Le traitement médical des cholecystites non calculeuses chroniques). P. Abrami.

Bull. Gen. de Thér. Nr. 9, 1935.

Stan zapalny pęcherzyka żółciowego może być wywołany czynnikiem miejscowym lub też może zależyć od sprawy toczącej się w narządach sąsiednich np. wątrobie lub jelitach. Czasami zapalenie pęcherzyka żółciowego może być wyrazem zakażenia ogólnoustrojowego; powstaje ono wtedy na skutek szerzenia się zarazków drogą krwi. Przypadki nie powikłane kamicą i nie wymagające bardzo energicznego postępowania, nie nadają się do zabiegu chirurgicznego, gdyż często leczenie zachowawcze daje doskonałe wyniki. Zasady postępowania leczniczego wypływają z dokładnego rozpatrzenia sprawy.

U chorych z cholecysticis chronica stwierdza się bardzo często zaburzenia trawienne. Może to być objawem stanu zapalnego (nieżytu) jelit lub żołądka, który wtórnie wywołał stan zapalny pęcherzyka żółciowego. Kiedyindziej zaburzenia te powstają na skutek wadliwego wydzielania żółci. W obu przypadkach sprawie tej trzeba przeciwdziałać. Głównym środkiem leczniczym jest odpowiednia dieta, do której u chorych z nadkwaśnością dołączyć należy podawanie bizmutu, belladonny. Chorym z niedokwaśnością podawać trzeba kwas solny i pepsynę.

Z chwilą gdy pęcherzyk znajduje się w stanie zapalnym bez względu na jego pochodzenie, zawartość jego nie jest jałową, lecz w mniejszej lub większej ilości zawiera drobnoustroje, wywołujące i podtrzymujące stan zapalny. Należy więc żółć możliwie szybko usuwać, starając się jednocześnie o jak najobfitsze jej wydzielanie. Stąd wypływa wskazanie do podawania środków żółciopędnych drogą doustną lub też przez wprowadzenie wprost do dwunastnicy przy pomocy zgłębnika Einhorna. Najskuteczniejszym zabiegiem jest płukanie dwunastnicy z wprowadzeniem roztworu oliwy lub siarczanu magnezu. Zabieg ten powtarzać należy wielokrotnie (2—3 razy w tygodniu).

Całkowite wyleczenie przyśpiesza stosowanie środków odkażających. Najlepsze wyniki daje stosowanie urotropiny, którą podaje się zwykle dożylnie w ilości 1 gramma dziennie.

Ze względu na to, że bardzo często w przypadkach cholecystitis chronica wątroba jest również podrażniona, u chorych tych ograniczać należy ilość przyjmowanych tłuszczów a zastępować je pożywieniem, obfitującym w węglowodany. Wskazanym jest również picie wód zasadowych (Vichy, Vittel, Karlsbad).

O badaniu szybkości krążenia krwi w przebiegu chorób serca. (Mésure de la vitesse de la circulation appliquée à l'évolution et à la thérapeutique des cardiopathies). R. Godel, C. Chehale.

La Presse Méd. Nr. 3, 1936.

Głównym wskaźnikiem sprawności serca jest stan krążenia obwodowego, w którym wyodrębnia

się 2 odcinki: płucny, pozostający pod wpływem komory prawej i krążenie wielkie t. j. teren pracy lewej komory serca.

Autorzy przeprowadzali szereg badań, oznaczając szybkość krążenia u ludzi zdrowych. Druga grupa badanych obejmowała chorych sercowych w okresie niewyrównania krążenia różnego stopnia pochodzenia prawo- i lewo-komorowego oraz chorych z wadami serca w okresie wyrównania krążenia.

Technika badań polegała na wprowadzeniu dożylnym 0, 25 czystego eteru i 3 cm^3 roztworu dehydrocholanu sodowego. Przy pomocy ścisłych chronometrów notowano czas, jaki upłynął od chwili wstrzyknięcia do momentu odczucia przez badanego zapachu eteru i smaku dehydrocholanu.

Eter wstrzyknięty dożylnie dopływa poprzez naczynia żylne, komorę prawą i tętnice płucne do naczyń włosowatych płuc, stąd przedostaje się do powietrza pęcherzykowego i wydziela do górnego odcinka dróg oddechowych. Moment odczucia przez badanego zapachu eteru świadczy więc o przebyciu przez wstrzyknięty płyn niewielkiego odcinka żylnego krążenia wielkiego i części tętniczej krążenia płucnego.

Sól sodowa kwasu żółciowego ma smak gorzki. Roztwór jej wprowadzony dożylnie przepływa przez komorę prawą, krążenie płucne, komorę lewą, do krążenia wielkiego i dochodzi do naczyń włosowatych języka: w tym momencie badany odczuwa wyraźnie gorzki smak w ustach.

Na podstawie licznych badań za liczby prawidłowe przyjęto dla reakcji eterowej czas 4—10 sekund, dla otrzymania wrażeń smakowych 8—18 sekund.

Pierwszą grupę badanych stanowili chorzy z niewydolnością krążenia znacznego stopnia (duszność, sinica, duże obrzęki). Wyniki otrzymane były tu zmienne i niewyraźne z powodu bardzo znacznego zwolnienia przepływu krwi przez obrzęknięte tkanki. Eter i dehydrocholan ulegał przez czas przepływu zbyt dużemu rozcieńczeniu, by chorzy mogli odczuć wyraźnie ich smak i zapach.

Najciekawsze są wyniki otrzymane u chorych z niewydolnością krążenia miernego stopnia, ustępującą pod wpływem naparstnicy. Notowano tu w przebiegu leczenia i w miarę poprawy stanu ogólnego stopniowe przyśpieszenie znacznie początkowo zwolnionego krążenia krwi w obu odcinkach. (np. zmiana wyników doświadczenia z eterem z 12 na 6 sek; badanie dehydrocholanem 32—14 sek).

Z chwilą wyrównania krążenia szybkość przepływu krwi w obu odcinkach utrzymuje się na stałym poziomie w ciągu całego okresu poprawy klinicznej.

Powyższa metoda badania ocenia do pewnego stopnia sprawność narządu krążenia. Nie można jednakże oznaczyć ściśle na podstawie otrzymanych wyników stopnia upośledzenia krążenia w jednym i drugim odcinku, gdyż nie spotyka się nigdy czystej postaci niewydolności lewej lub prawej komory: oba te składniki łączą się ze sobą, zmieniając wartości otrzymane dwiema metodami.

CHOROBY NERWOWE.

Psychozy połogowe i leczenie ich. (Les psychoses puerpérales et leur traitement Action de la vitamine E). G u i r a n d et Ch. N o d e t.

Paris médical, Nr. 38, 19 septembre 1936.

Opierając się na obserwacji 20 własnych przypadków psychoz połogowych, autorowie wyodrębniają je od postaci pokrewnych, kiedy zaburzenia psychiczne wiążą się z zakażeniami porodowymi. Przekształcenia patologiczne, jakim ulega organizm kobiety od chwili zapłodnienia do odstawienia dziecka, bezpośrednio mogą powodować występowanie psychoz. I takie psychozy tylko powinny być określane, jako właściwe połogowe. Chodzi tu zgodnie z A n t i n e m o rodzaj ostrego dojrzewania płciowego z zaburzeniami wewnątrzwydzielniczymi. Nasilenie tych zmian jest znaczne, szczególnie ze strony przysadki, występują przytem zaburzenia w przemianie podstawowej materii, naruszenie równowagi neuro-wegetatywnej i nadmierne zużywanie witaminy E. Psychozy powyższe występują w przeciągu 2 tygodni po porodzie. Najważniejszym objawem klinicznym jest splątanie. Obserwuje się amnezję, dezorientację, niezdolność rozpoznawania krewnych, utrudnienie wysiłku psychicznego z nadmierną nużliwością, stany odrętwienia z utrudnieniem identyfikacji świata zewnętrznego.

W okresie zdrowienia stwierdza się częściową amnezję. Zespoły kliniczne są niekiedy dość skomplikowane: stwierdza się najrozmaitsze elementy, np. splątania i hebefrenii, splątania i depresji. Prognoza na ogół dobra, choć czas trwania zaburzeń psychicznych sięga w obserwacjach autorów roku i ośmiu miesięcy.

Leczenie, stosowane przez autorów: w celu pobudzenia leukocytozy i sił obronnych ustroju wstrzykiwano podskórnie terpentynę w ilości 1 — 3 cm^3. Nawet w przypadkach chełbotania nie nacinano „ropnia", odpowiadającego właściwie obrzmieniu zapalnemu, zwalczano niedokrwistość i wyniszczenie, podając arsen, wyciągi z wątroby i t. p.

Biorąc pod uwagę zwiększoną śmiertelność dzieci i kobiet, dotkniętych połogowymi psychozami oraz częstość przedwczesnych porodów, łącznie ze spostrzeżeniami eksperymentalnymi, dotyczącymi zmian przy braku witamin, autorowie uważają, że brak witaminy E jest wyraźnym czynnikiem patogenetycznym w przypadkach psychoz połogowych. W celach leczniczych podawano witaminę E w postaci wstrzykiwań. Stwierdzano wyraźne skrócenie okresu choroby i szybką rekonwalescencję.

Stosowano 10 — 12 wstrzykiwań co 2-gi dzień z przerwą 1 — 2 tygodnie. Jako środek zapobiegawczy podawano matkom witaminę E w kroplach (20 — 60 g). Noworodkom podawano również w celach profilaktycznych witaminę E.

Pierwsze próby leczenia operacyjnego niektórych psychoz. E g a s M o n i z.

L'Encephale. Vol. II. N. I. 1936.

Przesłanką natury teoretycznej dla M o n i z a jest wybitna rola, jaką odgrywają w całokształcie czynności psychicznych płaty czołowe mózgu. Pod względem cytoarchitektonicznym o niezwykle skomplikowanej budowie, płaty te ma-

ją połączenia z innymi częściami układu nerwowego, a więc z korą pozostałych płatów, z jądrami zwojów podstawy i t. d. Z badań doświadczalnych i spostrzeżeń klinicznych wynika, że dla życia psychicznego większe znaczenie mają uszkodzenia szlaków mózgowych, niż komórek kory. Oczywiście mowa tu o częściach kory czołowej, znajdującej się ku przodowi od ośrodków mowy i ruchu. Prawdopodobnie istniejące połączenia między komórkami poszczególnych pól płata czołowego i komórkami innych części mózgu są podścieliskiem dla wielu zjawisk psychicznych. Tory dla bodźców psychicznych normalnych, przychodzących od innych ośrodków są dość zmienne w obrębie płatu czołowego i w każdej chwili zależne od najrozmaitszych konstelacyj psychicznych. W chorobach psychicznych, gdzie nie znajdujemy zmian patologicznych w komórkach nerwowych ani we włóknach, muszą jednak czynniki konstytucjonalne, patologiczne, zewnętrzne lub wewnętrzne wpływać na istniejące zawikłane połączenia między komórkami, uprzywilejowując jedne ponad drugie U umysłowo chorych obserwujemy pewne zespoły objawowe. Cała działalność psychiczna u nich podporządkowana jest stałym złożonym kompleksom, co znajduje odzwierciadlenie fizjologo - anatomiczne w przebieganiu bodźców stale po jednych i tych samych torach. Wniosek leczniczy jest prosty: trzeba zniszczyć wyżej wspomniane ugrupowania komórek i ich połączenia, mniej lub więcej chorobowo ustalone, szczególnie te, które znajdują się w najważniejszych pod tym względem okolicach, t. j. w płacie czołowym.

Początkowo M o n i z poprostu wstrzykiwał alkohol do istoty białej płatów czołowych obustronnie, gdyż uszkodzenie jednego nie daje właściwych rezultatów. Później jednak uciekł się do instrumentu, wynalezionego przez siebie, a nazwanego leukotomem mózgowym. Przyrząd ten składa się z rurki metalowej o długości 11 cm, o końcu zamkniętym ślepo i zaokrąglonym; z drugiej strony rurka przystosowana jest do rączki. W pobliżu zamkniętego końca znajduje się podłużna szczelina. W środku rurki jest drucik, który przy naciskaniu wydostaje się przez szczelinę, tworząc małą pętlę. Pętla ta odgrywa rolę noża przy obracaniu rurką.

Przez otwór trepanacyjny M o n i z wprowadza leukotom, obraca nim i niszczy istotę białą. Czasami uzupełnia operację wstrzykiwaniami alkoholu. Operował 20 chorych: miał przytem 7 przypadków wyleczenia klinicznego, 7 przypadków znacznej poprawy szczególnie przy podnieceniu psychoruchowym i 6 przypadków bez zmian. Ponieważ metoda M o n i z' a nie jest skierowana przeciw określonym jednostkom, a właściwie tylko przeciw pewnym zespołom anatomiczno - objawowym, operował on najrozmaitsze postacie chorób psychicznych. Najlepsze wyniki miał przy leczeniu melancholii lękowej.

Wiąd ustny. (Tabes buccal). L. L e b o u r y.

Paris médical, Nr. 29, 1936.

Odmianą wiądu typu górnego, mózgowego jest wiąd ustny albo opuszkowy. Rzadziej występujący, niż powszechnie znany wiąd dolny (tabes dorsalis) często bywa nierozpoznawany, szczególnie w przypadkach skąpych w objawy.

Podobnie jak wogóle wiąd, wiąd ustny charakteryzuje się zaburzeniami czuciowymi, zmianami w napięciu mięśniowym, osłabieniem lub zniesieniem odruchów, zaburzeniami wydzielniczymi, zmysłowymi i wreszcie zmianami odżywczymi. Wśród zaburzeń czucia częste są bóle neuralgiczne w obrębie rozgałęzienia nerwu trójdzielnego, nierzadko obustronne, dotyczące głównie gałązki górnej. Bóle „strzelające" niezwykle szybko zmieniają swe umiejscowienie. Inne mają charakter uporczywy, występują atakami, często przypominając nerwoból twarzowy. Nerwobóle tabetyczne języka — są w przeciwstawieniu do glossodynii innego pochodzenia, umiejscowione głównie w p r z e c i w n e j połowie języka.

Zaburzenia czucia przypominają inne postacie wiądu. Odruchy podniebienia i gardzielowe często zniesione. Niekiedy występują zaburzenia w połykaniu, co czasami może wytwarzać niebezpieczeństwo dla życia.

Niekiedy występują inne zaburzenia. Częsty — brak odruchów ze strony żwaczy. Interesująca jest zmiana w napięciu mięśniowym twarzy, nadmierna ruchliwość mięśni policzków, ślinotok w postaci crises salivaires, ageusia, zaburzenia odżywcze (często jako pierwszy objaw: wypadanie zębów, owrzodzenia dziąseł, zanik wyrostków zębodołowych, wrzód drążący). Charakterystyczny jest wygląd twarzy tabetyka: a) albo przypomina twarz rzekomoopuszkową; b) albo przy zmianach kostnych — prognatyzm dolnej szczęki.

Zmiany powyższe niekiedy mogą być bardzo wczesne (rozpoznanie!). Leczenie intensywne, specyficzne, stabilizuje objawy. Higiena jamy ustnej, unikanie urazów (szczotka do zębów) oraz protezy ewentualne pozwalają zapobiegać rozprzestrzenianiu się zmian.

Kuligowski.

CHOROBY DZIECIĘCE.

Leczenie zatruć pokarmowych. (Thérapeutique des intoxications alimentaires). M. L o e p e r.

Presse médicale Nr. 88. 1936.

Z pośród głównych objawów, występujących w przebiegu zatrucia pokarmowego, z jednej strony spotyka się zwężenie źrenic, obniżenie ciśnienia krwi, nadmierne ślinienie, poty, kurcze mięśni, z drugiej — podwyższone ciśnienie krwi, rozszerzenie źrenic, suchość skóry i suchość śluzówek jamy ustnej, przyśpieszenie czynności serca. Zdarza się również, że zjawiają się objawy do pewnego stopnia sprzeczne a więc: zwężeniu źrenic i ślinieniu się towarzyszy przyśpieszenie tętna, rozszerzenie źrenic spotyka się niekiedy przy jednoczesnym nadmiernym poceniu się i bradykardii. Nietrudno zauważyć w tych zespołach objawów wybiórcze powinowactwo produktów toksycznych do pewnych układów w ustroju.

Zespół: zwężenie źrenic, obniżenie ciśnienia krwi, pocenie się, nadmierne ślinienie, przypomina żywo działanie pilokarpiny. a zespół — rozszerzenie źrenic, zwiększenie ciśnienia krwi, suchość śluzówek jamy ustnej i suchość skóry, przyspieszenie czynności serca — odpowiada do pewnego stopnia działaniu adrenaliny, a przede wszystkim atropiny.

Z kolei autor omawia różne składniki pokarmowe, wchodzące w skład codziennego pożywienia i probuje wykazać sposób ich toksycznego działania na ustrój. Tłuszcze mogą zawierać kwasy tłuszczowe (np. masłowy, stearynowy, mlecz-

ny, octowy), nie pozbawione toksyczności. Kwasy te powodują drażnienie śluzówek i tkanek ustroju. Drażniące działanie kwasów tłuszczowych wzmaga się w połączeniu z kwasami aminowymi, wytwarzają się bowiem wtedy w przewodzie pokarmowym aminolipiny. Gotowanie, smażenie tych składników pokarmowych stanowi dodatkowe źródło nowych produktów toksycznych.

Czyste wodany węgla są pozbawione zupełnie ujemnego działania na ustrój, ale stanowią one główne źródło powstawania aldehydów, a także kwasu mlekowego i octowego, które już nie są obojętne dla ustroju.

Z pośród składników pokarmowych największe niebezpieczeństwo w sensie możliwości zatrucia przedstawia białko. Kwasy aminowe (np. histydyna, tyrozyna, tryptofan, leucyna, arginina) wchodzące w skład cząsteczki białka same przez się nie powodują szkodliwego wpływu na ustrój. Lecz najmniejsze nawet procesy gnilne, zachodzące w mięsie czy serze, powodują powstawanie histaminy i tyraminy, metylaminów i indolu, które posiadają wybitne działanie toksyczne na układ nerwowy i naczynia krwionośne. Zresztą kwasy aminowe powstałe w przewodzie pokarmowym ze spożytych białek mogą przetwarzać się także na produkty toksyczne. To przetwarzanie rozpoczyna się już w żołądku, a odbywa się głównie w jelicie.

Autor przy współudziale Lesura i Thomasa oznaczał ilości histydyny w różnych gatunkach mięsa i ryb. Okazuje się, że zawierają one znaczne ilości tego aminokwasu i to tym większe, im produkty te są mniej świeże. Ilość histydyny zależała także od sposobów przyrządzania potrawy i sposobu konserwowania tych przetworów mięsnych. Pod wpływem bakterii w jelicie kwasy aminowe w środowisku kwaśnym ulegają przebudowie. Między innymi powstaje wtedy histamina i tyramina. Obfita flora bakteryjna w jelicie sprzyja przetwarzaniu się aminokwasów w substancje toksyczne. Z pośród bakterii przewodu pokarmowego największą rolę w tych procesach odgrywa odmieniec i b. putryficus, mniejsze znaczenie w tym względzie ma b. pyocyaneum i b. coli. Histamina, jak wiemy, zwęża źrenice, obniża ciśnienie krwi, powoduje pocenie się i nadmierne ślinienie (działanie wagotropowe), natomiast tyramina podnosi ciśnienie krwi, niekiedy rozszerza także źrenice (działanie sympaticotropowe). Objawy zatrucia pokarmowego należy zatem wiązać z działaniem tych produktów toksycznych, powstałych w przewodzie pokarmowym.

Leczenie. Przede wszystkim należy zastosować ścisłą dietę, a przynajmniej powstrzymać się od spożywania tych pokarmów, które mogą nasuwać podejrzenie jako szkodliwe. Niekiedy sam produkt spożywczy okaże się dobrym, ale jego połączenie z innym lub sposób przyrządzenia niewłaściwym. Ważną rolę w powstawaniu zaburzeń pokarmowych odgrywa niedostateczne żucie pokarmów. Należy zatem przestrzegać dokładnego żucia. Wielu chorych cierpi także na niedostateczne wydzielanie soków trawiennych. W tych przypadkach należy podawać kwas solny z pepsyną oraz stosować wyciągi z trzustki. Wielu autorów podkreśla, że niektórzy chorzy wykazują wrażliwość wybiórczą na pewne tylko gatunki mięsa lub nawet na pewne składniki tkanki mięsnej. Autorzy ci radzą zatem stosowanie odczulania. Można to czynić podając na 3 kwadranse przed jedzeniem niewielką ilość podejrzanego produktu (np. 1 g homara, ryby i t. p.). Pagniez i Vallery-Radot proponują podawanie peptonu w ilości 0,5 g na dawkę. Autor wspólnie z Marchalem radzi do peptonu dodać 0,1 g pepsyny i jego zdaniem sposób ten daje lepsze wyniki, niż wprowadzenie do żołądka samego peptonu. Nawet zwykły cukier może dawać dobre wyniki lecznicze, działanie jego polega na zwiększeniu przypływu leukocytów i zjawianiu się większych ilości śluzu w żołądku (działanie ochronne).

Należy poza tym usunąć resztki pokarmowe z żołądka i jelit. Stanowią one bowiem dobre podłoże dla rozwoju bakterii; z resztek tych wytwarzają się ponadto związki toksyczne. Można także spróbować bezpośredniego działania na mikroby przewodu pokarmowego środków odkażających (np. chloramina) [1].

Autor chętnie stosuje węgiel, który posiada właściwości antyseptyczne i absorbcyjne — zmniejsza florą bakteryjną w jelitach i wchłania produkty toksyczne. Zaleca się także alkalizowanie ustroju celem zneutralizowania kwaśnej reakcji w jelitach (podawanie węgla, magnezji, kredy) i utrudnienia przez to przetwarzania się histydyny w histaminę i tyrozyny w tyraminę. W odtruwaniu ustroju dużą rolę odgrywa wątroba. Należy zatem podtrzymywać jej czynność przez podawanie wody Vichy, salicylanu sodu, combretiny i t. p. Jeśli się zjawią objawy ogólnego zatrucia, wskazane jest podawanie adrenaliny. Jest ona bowiem antidotum na histaminę. Można także stosować odczulanie ustroju przy pomocy peptonu i proteinoterapii w postaci odczynów skórnych. Należy jednakże rozpoczynać od małych dawek. W tym celu nadaje się doskonale mleko. Autor do odczynu skórnego używa 2 — 3 kropel gotowanego lub sterylizowanego mleka. Można także przeprowadzać odczulanie ustroju histaminą (1 kropla roztworu 1 : 1000 do odczynu skórnego). Wstrzykiwanie dożylne dwuwęglanu sodu działa nietyle na drodze odczulania, ile przez alkalizowanie ustroju.

Wstrzykiwanie surowicy jednorazowe czy też kilkakrotne w okresie leczenia anginy błoniczej. (Injection unique ou injections repétées de sérum dans le traitement de l'angine diphtérique). M. Zagdoun-Valentin.

Bulletin Général de Thérapeutique. T. 186. Nr. 7. 1935 r.

Przyjął się zwyczaj stosowania surowicy w kilku dawkach w okresie leczenia błonicy gardła. Autor jest zdania, że jest to metoda niewłaściwa i winna być zastąpiona podaniem większej ilości surowicy na raz — w jednej dawce. Nie jest to rzeczą nową. Już w r. 1919 Weill-Hallé zalecał podawanie surowicy w jednej dawce. Autor opiera się na badaniach doświadczalnych i spostrzeżeniach klinicznych.

Miano antytoksyny we krwi chorych na błonicę stopniowo się podnosi aż do pewnego maksimum w ciągu kilku pierwszych dni po dokonaniu wstrzyknięcia, później miano to powoli się obniża. To maksimum antytoksyny we krwi osiąga się szybciej po jednorazowym wstrzyknięciu dużej dawki surowicy, niż po stosowaniu kilkakrotnym

[1]) Na rynku farmaceutycznym polskim znajduje się preparat Enteraktin „Boruta": połączenie chloraminy polskiej (Chloraktin) z węglem aktywowanym.

surowicy — w tej samej ilości. Jeśli się nawet powtarza wstrzykiwanie dużych dawek w ciągu 3 — 4 — 5 kolejnych dni, to i wtedy miano antytoksyny przeciwbłoniczej nie zwiększa się, jak gdyby wysokie stężenie antytoksyny we krwi osiągnięte po pierwszym wstrzyknięciu hamowało dalsze jej wchłanianie.

Długość czasu pozostawania antytoksyny we krwi również nie zależy od sposobu podawania surowicy, lecz od właściwości indywidualnych ustroju. Z tych doświadczeń wynika, że, by otrzymać możliwie szybko maksymalne miano antytoksyny we krwi, należy surowicę podać jednorazowo w dużej dawce.

Klinika potwierdza te wnioski, naloty w anginach zwykłych błoniczych znikają po 3—4 dniach, a w ciężkich postaciach błoniczych po 6 — 7 dniach, niezależnie od wielkości dawek surowicy. Powtarzanie wstrzykiwań nie przyśpiesza zdrowienia. A zatem jednorazowe wstrzyknięcie jest wystarczające, byleby dawka nie była zbyt mała.

Doświadczenie autora w leczeniu angin dyfterytycznych wykazuje, że jednorazowe podawanie surowicy w dużej dawce czy też podawanie w kilku mniejszych dawkach daje zazwyczaj jednakowe wyniki. Porażenie pobłonicze w przypadkach zbyt późnego podania surowicy występuje jednakowo często w obu sposobach leczenia. Autor zwraca uwagę, że surowica powinna być podana możliwie najwcześniej, a więc conajmniej przed trzecim dniem choroby w lekkich przypadkach, a w pierwszych godzinach — w przypadkach ciężkich. W przeciwnym bowiem razie niezależnie od dawki i sposobu podawania surowicy grożą powikłania w postaci porażeń. Surowica powinna być podana możliwie szybko w dużej ilości. Przemawia to za jednorazowym wstrzyknięciem dużej dawki; jeśli bowiem pierwsza dawka surowicy nie zneutralizuje całej ilości jadu, zostanie on naskutek silnego powinowactwa do tkanki nerwowej związany z centrami nerwowymi i następne wstrzykiwania surowicy już pozostają bez wyraźnego wpływu na dalszy przebieg schorzenia.

Autor zaleca podawać w anginach błoniczych zwykłych (w których naloty są zlokalizowane na migdałkach) 12 — 24 tysięcy jednostek, w postaciach ciężkich (odczyn gruczołowy, objawy ogólnego zatrucia) — 60 — 80 tys. jednostek. Część surowicy należy wtedy podać dożylnie, by przyśpieszyć jej działanie.

Reasumując autor stwierdza, że jednorazowe podawanie surowicy przeciwbłoniczej wystarcza i jest nieszkodliwe. Trzeba zawsze mieć na uwadze, że surowica przeciwbłonicza działa zapobiegawczo, a zatem musi być podana możliwie wcześnie i odrazu w dostatecznej ilości.

Bakteriemia gruźlicza a rumień guzowaty. (Bacillémie tuberculeuse et érythème noueux). G. G r a z i o s i.

Journal de Médecine de Lyon, Nr. 396. 1936.

Etiologia rumienia guzowatego przez długi czas była niejasna. I teraz jeszcze wielu autorów uważa, że gruźlicze pochodzenie rumienia guzowatego jest tylko hipotezą, bowiem dane kliniczne, radiologiczne, biologiczne i epidemiologiczne nie mogą stanowić niezbitych dowodów gruźliczego charakteru tego cierpienia.

Na zasadzie własnych spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że rumień guzowaty jest bezsprzecznie pochodzenia gruźliczego. Autor wykrywał zawsze w okresie gorączkowym tego cierpienia prątki Kocha we krwi (met. L o e w e n s t e i n a), podczas gdy w późniejszym okresie — mimo utrzymywania się zmian gruźliczych w ustroju — prątków Kocha nie stwierdzał.

Prątek Kocha w swej postaci kwaso-odpornej stanowi prawdopodobnie tylko jedną ze swych licznych faz rozwojowych, i odpowiednio do tych faz i swej zjadliwości może wywoływać różne objawy i odmienne zespoły kliniczne.

Jeśli w przeszłości panowała hipoteza, że rumień guzowaty przedstawia stan hiperallergii skóry u osobników dotkniętych jakimś cierpieniem zakaźnym (bliżej nieznanym), to obecnie — po stwierdzeniu prątków Kocha we krwi krążącej i po wykryciu ich w wykwitach skórnych rumienia guzowatego (D a r i e r), — należy przyjąć, że guzy w rumieniu guzowatym są spowodowane zatorami bardzo małych naczyń, uszkodzonych przez gromadzące się w nich prątki Kocha.

Wiąże się to z badaniami L o e w e n s t e i n a, który twierdzi, że gruźlica jest przede wszystkim chorobą naczyń: prątek atakuje śródbłonek naczynia, co powoduje często wytwarzanie się gruzełków na błonie wewnętrznej naczynia. Gruzełki te są najczęstszym źródłem szerzenia się zakażenia na drodze krwionośnej.

Wójciak.

CHIRURGIA.

Znieczulenie naciekowe piersiowej części nerwu współczulnego. (L'infiltration anasthésique de la chaine thoracique). P. W e r t h e i m e r et A. F r i l l a t.

La Presse Méd. Nr. 69, sierpień 1936.

Wskazania do znieczulania naciekowego piersiowej, górnej części nerwu współczulnego wynikają z niepewności i niedostateczności wyników leczniczych znieczulania naciekowego współczulnego zwoju gwiaździstego na szyji. Wykonywane początkowo jako uzupełnienie znieczulenia zwoju gwiaździstego, z czasem uzyskało prawo obywatelstwa jako zabieg samodzielny. Wskazaniami do tego zabiegu są: zaburzenie pourazowe w zakresie kończyn górnych o charakterze bądź to bólowym (kauzalgie), bądź to o charakterze ruchowym, zaburzenia w ukrwieniu kończyn na tle zarastania naczyń tętniczych lub też na tle naczynio-ruchowym, dusznica bolesna, dychawica oskrzelowa i inne.

Pomyślny wynik znieczulania naciekowego nerwu i stałość tego wyniku jest niewątpliwie zależna i od okoliczności anatomicznych i od strony technicznej zabiegu. Warunkiem osiągnięcia dobrego znieczulenia nerwu jest z jednej strony możność dokładnego umiejscowienia tego nerwu (występy kostne jako punkty orientacyjne), z drugiej strony obecność w pobliżu tego nerwu większej ilości luźnej tkanki łącznej, która umożliwia nasiąknięcie otoczenia nerwu płynem znieczulającym. Powyższe dwa warunki mamy spełnione jeśli chodzi o znieczulenie naciekowe górnej piersiowej części nerwu współczulnego. Nerw ten przebiega w okolicy szyjek I, II, III i IV żebra na wysokości (w rzucie do tyłu) szczytów wyrostków poprzecznych odnośnych kręgów piersiowych, otoczony w tym miejscu sporą ilością luźnej tkanki łącznej.

T e c h n i k a z a b i e g u: igłę wbija się na wysokości I kręgu piersiowego o 5 — 6 cm. na zewnątrz od linii wyrostków kolczystych po-

przez II przestrzeń międzyżebrową w kierunku do przodu i nieco ku wewnątrz poniżej lub powyżej odpowiedniego wyrostka poprzecznego aż do zetknięcia się końca igły z kością (szyjka lub główka żebra, bądź też boczna powierzchnia trzonu kręgowego). Po tym należy cofnąć igłę o kilka milimetrów i wstrzyknąć 10 — 15 cm. roztworu znieczulającego.

Stosując powyższą technikę autorowie nie mieli ani razu żadnego nie pożądanego powikłania.

Leczenie pewnych typów złamań wewnątrz stawowych naciekającemi wstrzykiwaniami novocainy i uruchamianiem kończyny bezpośrednio po wypadku. (Traitement de certaines fractures articulaires par les infiltrations de novocaine et la mobilisation active inmédiate). Leriche, Froehlich.

La Presse Méd., N. 86, październik, 1936.

Przy złamaniach wewnątrz stawowych bez znaczniejszego przemieszczenia odłamów autorzy wstrzykują do otaczających staw więzadeł i tkanek 1% novocainę i uruchamiają bezpośrednio kończynę. Przez wstrzykiwania te z jednej strony powstrzymują rozwój pourazowego zapalenia danego stawu, które występuje na drodze odruchu naczyniowego, z drugiej strony, znieczulając miejsce złamania pozwalają na wykonywanie ruchów w tym stawie. Autorzy podają opis 3 przypadków wyleczonych w ten sposób. W pewnym przypadku miało miejsce następujące uszkodzenie: złamanie wyrostka łokciowego i dziobiastego k. łokciowej, główki k. promieniowej i kłykcia k. ramieniowej; w drugim przypadku — złamanie główki k. promieniowej ze znacznym przemieszczeniem, w trzecim — poprzeczne złamanie rzepki. We wszystkich przypadkach na 2 lub najpóźniej 4 dzień po złamaniu zaczęto wstrzykiwać codziennie w okolicę danego stawu 1% novocainę w ilości ok. 20 cm^3 na dawkę i wykanywać ruchy w tym stawie. Wstrzykiwań wykonano od 8 — 15. W wyniku tego leczenia uzyskano we wszystkich 3 przypadkach całkowitą sprawność kończyny jeszcze przed zagojeniem się złamania.

Ten zachęcający sposób leczenia nadaje się tylko do pewnego rodzaju złamań, mianowicie do przypadków, które nie wymagają nastawienia odłamów i utrzymywania ich w stałym opatrunku gipsowym. Mogą to być tylko niektóre złamania wewnątrz stawowe.

Dożylne wlewanie krwi z dodatkiem cytrynianu sodu i sposób przechowywania jej w chłodni. (Transfusion du sang citraté et conservé à glacière. J. Joutura).

La Presse Méd. Nr. 43, maj, 1936.

Szerokie stosowanie podawania dożylnie dużych ilości krwi ludzkiej a zwłaszcza nagłe wskazania do natychmiastowego wykonania tego zabiegu wymagają usprawnienia samej strony organizacyjnej.

Wyszukanie odpowiedniego dawcy wymaga zawsze czasu, wreszcie nigdy nie wiadomo, czy od czasu ostatniego badania dawcy nie uległ on zakażeniu np. kiłą lub durem. Podawanie krwi osobników zmarłych, jak to stosuje z powodzeniem prof. Judin w Rosji natrafia w niektórych krajach na nieprzezwyciężone narazie trudności natury prawnej. Jedynym wyjściem z tej sytuacji jest stałe przechowywanie pewnej ilości krwi, pobranej od osobnika żywego, z dodatkiem cytrynianu sodu w chłodni elektrycznej. Wg. techniki Jeanneneya na 1 litr krwi dodaje się 6 gr. cytrynianu sodu. Pobranie krwi wykonuje autor prostym przyrządem, w którym krew wychodząca z naczynia dawcy miesza się dokładnie z cytrynianem sodu i zbiera w zbiorniku. Jest to rodzaj kolby szklanej z szyjką ustawioną pod kątem. Do pobrania krwi na szyjkę nakłada się korek z 2 otworami. Jeden z otworów łączy się z balonem gumowym, aspirującym powietrze z kolby, w drugi wkłada się rurkę szklaną w kształcie litery V, której jedno ramię połączone jest zapomocą rurki gumowej z igłą, tkwiącą w żyle dawcy, drugie zaś ze zbiornikiem 5% roztworu cytrynianu sodu, ściekającego kroplami do kolby. Przed rozpoczęciem zabiegu do kolby wlewa się pewną ilość cytrynianu. Krew, spływając przez rurkę do kolby, miesza się dokładnie ze spływającym jednocześnie roztworem cytrynianu. Pobraną w ten sposób krew — zwykle w ilości 225 — 250 cm^3 — umieszcza się natychmiast po pobraniu w chłodni, zastąpiwszy uprzedni korek — zwykłym korkiem z waty. Krew tę podać można w ciągu następnych dni 15 (wg. autora), inni autorzy podają ją nawet po upływie 20 — 28 dni.

Przy podawaniu tej krwi choremu nakłada się na szyjkę kolbki rurkę gumową, połączoną ze strzykawką. Kolbę ogrzewa się do 39°C. Wprowadzanie dożylne wraz z krwią pewnej ilości cytrynianu sodu nie dało dotychczas, na kilka tysięcy wykonanych zabiegów, żadnych poważniejszych powikłań. Przechowywana w ten sposób krew posiada wszystkie własności krwi świeżo pobranej i jest przy tym w pogotowiu zbadana i określona grupowo.

Wybór najskuteczniejszej metody chirurgicznego leczenia wrzodu dwunastnicy. (Indications actuelles du traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum). Delore, Gabrielle.

La Presse Méd. N. 84, październik 1936.

Od 12 lat autorzy ograniczyli leczenie wrzodu dwunastnicy (zapomocą wykonania zespolenia żołądkowo-jelitowego), jedynie do przypadków ciężkich, w których stan chorego (wyniszczenie, współistniejące zmiany w płucach, anemia) nie pozwala na wykonanie radykalnej operacji wycięcia żołądka i dwunastnicy. Ten bowiem ostatni zabieg uważają autorzy za jedynie celowy — gdyż usuwa całe ognisko chorobowe, podczas gdy zespolenie stwarza tylko lepsze warunki gojenia się wrzodu i często natomiast obserwować można powstanie drugiego owrzodzenia w miejscu zespolenia, skręcenia i sklejenia się ramion pętli zespolonej z następczo wytworzonym circulus viciosus. Autorzy wycinają żołądek i dwunastnicę sposobem Billrotha II. Wykonali dotychczas 11 tego rodzaju operacyj, osiągając całkowite wyleczenie. Niestety zabieg ten w połowie przypadków wrzodu dwunastnicy jest przeciwskazany z powodu zrostów lub ostrego stanu zapalnego tkanek około dwunastnicy, grozi bowiem wówczas wytworzeniem przetoki dwunastnicy. Należy go więc wykonywać we wczesnych okresach choroby, dopóki nie wytworzą się zrosty dokoła dwunastnicy i w okresie remisji, po ustąpieniu ostrego stanu zapalnego.

W przypadkach, w których liczne i silne zrosty nie pozwalają na wykonanie operacji radykalnej, autorzy stosują wycięcie tylko pewnej czę-

ści żołądka, mając na celu całkowite uniemożliwienie przechodzenia treści żołądkowej do dwunastnicy (operację tę uzupełniają oczywiście zespoleniem żołądka z najwyższą pętlą jelita czczego). Ten sposób leczenia nie zabezpiecza całkowicie chorego przed dalszym rozwojem wrzodu. Na 11 operowanych chorych autorzy mieli 1 zejście śmiertelne, na skutek przedziurawienia ściany dwunastnicy w miejscu wrzodu na drugi dzień po operacji.

Leczenie owrzodzeń goleni na tle żylaków wstrzykiwaniami domięśniowemi cjanku rtęci. (Traitement des ulcères variqueux par des injections intra - musculaires de cyanure de Hg). C. Prévost.

La Presse Méd. N. 43, maj, 1936.

Autor opisuje 2 przypadki zastarzałych i uporczywych owrzodzeń goleni na tle żylaków. Owrzodzenia te, mimo stosowania różnych leków, w ciągu długich miesięcy nie chciały się goić. Leczenie samych żylaków wstrzykiwaniami, wywołującymi zarośnięcie ściany żylaków, było u tych chorych przeciwskazane. Wobec tego autor zastosował codzienne wstrzykiwania domięśniowe (w pośladek) 1 cm³ cjanku rtęci z dodatkiem novocainy lub kokainy (dla zniesienia bolesności wstrzyknięcia). Po 3 tygodniach uzyskał całkowite wyleczenie owrzodzenia. Sposób ten zastosował następnie w szeregu innych przypadków wrzodu goleni na tle żylakowym z tym samym dobrym wynikiem. W czasie leczenia pokrywano owrzodzenia suchym opatrunkiem bez jakichkolwiek maści.

Leczenie przetok odbytu przez doszczętne wycinanie ich ścian. (Sur les fistules anales et leur excision). G. Cabanié.

La Presse Méd. Nr. 44, maj, 1936.

Poglądy poszczególnych chirurgów na sposoby leczenia przetok odbytu i wyniki lecznicze poszczególnych sposobów są dalekie od jednomyślności, przy czym bardzo niewielkie nawet różnice techniczne mają jakoby powodować znaczne polepszenie wyników leczenia. Autor starał się wniknąć głębiej w istotę tego zagadnienia i wyjaśnić jakie szczegóły techniki operacyjnej grają tutaj rolę decydującą i zapewniają pożądany wynik leczniczy. Na podstawie własnych spostrzeżeń i spostrzeżeń innych autorów doszedł do przekonania, że koniecznym warunkiem do uzyskania szybkiego i trwałego wyleczenia jest możliwie doszczętne wycięcie wszystkich zmienionych chorobowo, t. j. zbliznowaciałych tkanek, uważając pod względem techniczno - operacyjnym ścianę przetoki i jej najbliższe otoczenie — jako do pewnego stopnia nowotwór dobrotliwy. Następowe zeszycie brzegów rany doszczętne lub częściowe, względnie zaniechanie wogóle szycia rany, jest zagadnieniem drugorzędnym, które na ostateczny wynik leczniczy operacji nie ma wpływu decydującego. Autor w przeciągu ostatnich 8 lat operował 62 przypadki przetok odbytu, otrzymując pod względem anatomicznym i fizjologicznym wyniki bardzo dobre. Stosowany przezeń sposób polegał na: 1) rozszerzeniu zwieracza, 2) wycięciu doszczętnym wszystkich zbliznowaciałych tkanek w miejscu przetoki, z ewentualnym wycięciem części zwieracza, 3) zaszycie otworu w śluzówce odbytnicy i zeszycie zwieracza, z pozostawieniem sączków na zewnątrz od zwieracza. Przebieg pooperacyjny był bez powikłań, brzegi rany szybko zbliżały się do siebie i sklejały się; średnio w ciągu 20 dni następowało zagojenie się rany. Wyniki czynnościowe ze strony odbytu były zawsze dobre, nawet w tych przypadkach, w których wskutek ropienia brzegi rany rozeszły się i rana goiła się przez ziarninowanie. Tylko w jednym jedynym przypadku autor stwierdził po zagojeniu się rany nietrzymanie stolca niewielkiego stopnia; chory ten był operowany po raz czwarty z powodu przetoki odbytu.

Przeglądając statystyki innych chirurgów autor stwierdził, że równie dobre wyniki mieli zarówno ci chirurdzy, którzy po wycięciu doszczętnym przetoki zaszywali ranę doszczętnie (zwłaszcza w przypadkach mniej rozległych przetok), jak i ci, którzy po wycięciu przetoki wraz z rozległym nieraz wycięciem zwieracza, pozostawiali ranę szeroko ziejącą, nie nakładając ani jednego szwu.

Z rozważań tych autorowi nasuwają się następujące wnioski. Operacja przetoki odbytu daje zawsze szybkie i dobre wyniki lecznicze wówczas, kiedy w czasie operacji usunięto wszystkie części zbliznowaciałe, pozostawiono zaś tylko tkanki świeże, pełnowartościowe pod względem gojenia się i kiedy chirurg przez nieumiarkowane sączkowanie rany nie przeszkadza naturalnemu zbliżeniu się i sklejaniu brzegów rany. Zaszywanie lub niezaszywanie po operacji brzegów rany, jeśli chodzi o ostateczny wynik leczniczy, nie gra tu większej roli.

J. Czyżewska.

GINEKOLOGJA.

Diatermia jako metoda przygotowawcza dla sztucznego poronienia. (La Diatermie comme methode preparatoire pour l'avortement artificiel). Tsoutsoulkowskaja K. N.

Gynécologie et obstétrique, Nr. 2, 1936.

W poszukiwaniu sposobu możliwie bezbolesnego i łatwego rozwierania ujścia przy poronieniu sztucznym klinika prof. Braudé wypróbowała diatermię długofalową, wychodzącą z założenia, że podrażnienie nerwów termicznych zmniejsza wrażliwość innych zakończeń nerwowych. Stosowano diatermię w 103 przypadkach ciąży od 6 do 12 tygodniowych, zarówno u pierwiastek, jak i u wieloródek.

Materiał podzielono na cztery grupy, według sposobu nagrzewania:

1) 4 nagrzewania 15-minutowe przez 4 dni przed zabiegiem,

2) 1 nagrzewanie 1-godzinne 24 godz. przed zabiegiem,

3) 1 nagrzewanie 1-godzinne 1 godzinę przed zabiegiem,

4) 1 nagrzewanie 1-godzinne 2 godziny przed zabiegiem.

Najlepszy wynik otrzymano w grupie IV-ej, najgorszy — w pierwszej. Autorka przypuszcza, że największe nasilenie działania diatermii występuje w 2 godziny po nagrzewaniu. Istotnie, temperatura mierzona w pochwie w grupie IV-ej była najwyższa, t. j. 38.6°.

Krzepliwość krwi nie zmienia się pod wpływem nagrzewania, czas krwawienia również.

Tętno przyspieszone o 4 — 6 uderzeń na minutę.

Ilość krwi straconej jest nieco większa. W wyskrobinach stwierdza się obrzęk doczesnej, przekrwienie oraz nieliczne ogniska martwicy. Obraz ten występuje zwłaszcza wyraźnie u pierwiastek. Przebieg pooperacyjny był bez powikłań. Na podstawie tych doświadczeń autorka dochodzi do wniosku, że diatermia daje duże korzyści pod postacią łatwego i bezbolesnego rozwierania ujścia, nie dając żadnego działania ujemnego.

Ciąża i gruźlica. (Gestation et tuberculose). Caussade M. G.

Revue de médecine, Nr. 6, 1936.

Na podstawie przypadków własnych i zebranych z piśmiennictwa francuskiego autor dochodzi do wniosków następujących:

1) gruźlicę spotyka się u 11 — 12% wszystkich kobiet ciężarnych,

2) lekarz, leczący ciężarną gruźliczkę nie powinien myśleć przede wszystkim o przerwaniu ciąży, ale o leczeniu gruźlicy,

3) ciąża nie jest przeciwwskazaniem do leczenia odmą, phrenicoexeresis, torakoplastyką, apikolizą i t. p.,

4) poronienie wskazane jest tylko w tych przypadkach, w których stara sprawa gruźlicza wraz z początkiem ciąży pogorszyła się wyraźnie,

5) nie należy przerywać ciąży później niż w IV miesiącu, gdyż poród niewczesny przedstawia takie same niebezpieczeństwo pogorszenia sprawy gruźliczej, jak poród czasowy. Lepiej jest w przypadkach ciąży zaawansowanej u gruźliczki kłaść nacisk na otrzymanie żywego dziecka. Matkę leczyć należy klimatycznie lub terapią uciskową (odmą i t. d.), przerwanie ciąży i tak nie zwiększy jej szans wyleczenia.

6) Każdą kobietę na początku ciąży należy zbadać w kierunku gruźlicy.

Nawet stare ogniska, napozór wyleczone, mogą się zaostrzyć. Gruźliczka w ciąży powinna być pod ścisłą obserwacją lekarską.

7) Autor zwraca uwagę na duże znaczenie leczenia klimatycznego. *Zawodziński.*

CHOROBY UCHA, GARDŁA, NOSA.

Zwężenie przełyku. (Le rétrécissement de l'oesophage). J. Despons.

Revue de laryngologie 1936 N. 6.

Jako zwężenie przełyku (z. p.) określa autor wszelkie postępujące zmniejszenie się światła przełyku na skutek schorzenia ściany o cechach nienowotworowych. Etiologia z. p. może być 1) zapalna i 2) urazowa.

Do grupy 1. należą: a) dur i ospa, b) zwężenia t. zw. samoistne, uważane często, jako zwężenia spastyczne, przy których ezofagoskopia wykazuje zmiany anatomiczne, c) szkarlatyna, która według Oppikofera wykazuje na stole sekcyjnym w 12% wypadków zejścia śmiertelnego zwężenie przełyku, d) febra maltańska, d) ulcus simplex oesophagi, to wrzód peptyczny, miejscowy w środkowej lub dolnej części przełyku, prowadzący ku zwężeniu. Pośród przyczyn dalszych takiego wrzodu należy uwzględnić też chroniczną tonsillitis, gruźlicę przełyku, kiłę, dającą nieraz obraz przypominający nowotwór. Mimo ujemnej próby Wa. stwierdza się wyleczenie metodami antyluetycznymi.

Do grupy 2. należą: a) rany urazowe i operacyjne, czofagotomia, ezofagoskopia; b) następstwa ucisku i skaleczeń przez ciało obce, c) oparzenia i substancje żrące. Te ostatnie prowadzą do zwężenia poprzez 4 stadia: 1) stadium nekrozy, 2) stadium owrzodzenia, 3) stadium ziarniny i wreszcie 4) stadium bliznowacenia i zwężenia.

Dla umiejscowienia zwężeń stanowią punkty predylekcyjne, okolice naturalnych cieśni: chrząstka pierścienioka, rozdział tchawicy, łuk aorty, cieśń przeporowa. Skurcz odruchowy występujący w chwili połknięcia płynu żrącego przyczynia się do zatrzymania się płynu i wzmożenia działania żrącego. Przy znacznej ilości płynu żrącego zmiany obejmują duże przestrzenie. Często zwężenia bywają nie pojedyńcze, lecz umiejscowione w kilku równocześnie miejscach. Formy zwężeń bywają trojakie: 1) zastawkowe (valvulaire), gdy dotyczą jednej strony ściany, 2) pierścieniowate, gdy obejmują cały obwód, lecz na niedużej przestrzeni (annulaire) i 3) rurkowate (tubulaire); w tym wypadku zwężenie obejmuje cały obwód na znacznej przestrzeni. Ten typ jest najczęstszy. Obraz kliniczny zwężeń jest zazwyczaj powikłany 1) dodatkowymi objawami spastycznymi przełyku, 2) objawami zapalnymi w otoczeniu przełyku i 3) objawami uchyłkowymi ponad zwężeniem.

Do tego dołączają się objawy toksemji i cacheksji w początkowych okresach po zadziałaniu przyczyny (środka żrącego), objawy niedożywienia i inanicje. W bliźnie zwężającej może wystąpić zwyrodnienie nowotworowe. Przy rozpoznawaniu zwężenia, należy wykluczyć przyczyny pozaprzełykowe, a z wewnątrz przełykowych stany spastyczne i nowotworowe. Rozpoznanie winno obejmować w pierwszym rzędzie rentgenografję z użyciem masy kontrastowej, potem ezofagoskopię, obok analizy objawów klinicznych. W leczeniu obowiązują następujące zasady: w okresach wczesnych zadziałanie środków żrących i objawów ostrych, zupełny spokój dla przełyku. Niekiedy wystarcza odżywianie per rectum, w innych trzeba sięgnąć do wczesnej gastrostomii.

Dla określenia chwili odpowiedniej do rozpoczęcia dylatacji i sondowania nie jest rozstrzygającym czas, który minął od zadziałania środka żrącego, bo tempo przebiegu bywa indywidualnie bardzo różne — ani też nie decyduje rentgenogram lecz tylko ezofagoskopia i efekt prób sondowania pod kontrolą wzroku. W razie niepowodzenia i stwierdzenia, że sytuacja do dylatacji nie jest dojrzała, należy próbę co kilka lub kilkanaście dni powtarzać. Szczegóły techniki podane w pracy, nie mogą tu być omówione.

Objawy porażenia nerwu dziewiątego (Les signes de la paralysie du glosso-pharyngien). Caussé.

Les annales d'oto-laryngologie, 1936, Nr. I.

Autor omawia historyczne prace nad nerwem IX-ym i jego czynnością. Zastanawia się nad jego połączeniami z innymi nerwami czaszkowymi, nad zaletami i wadami różnych metod przecinania tegoż nerwu metodą zewnątrzczaszkową i wewnątrzczaszkową. W obu wypadkach są też narażone i inne nerwy. W jednym przypadku przecięcia leczniczego zewnątrzczaszkowego powstało jednostronne porażenie krtani. Przy prze-

cięciu wewnątrzczaszkowym spostrzegano długotrwałe zwolnienie tętna i trudności połykowe. Badania nad nerwem IX-ym są utrudnione z powodu 1) różnorodności jego czynności, zarówno czuciowych (czucie dotykowe, cieplne, bólowe, smakowe), jak ruchowych, 2) z powodu utrudnionej techniki badania w jamie ustnej (odruchy, naloty i resztki wydzieliny i pokarmów na korzeniu języka) i wreszcie z powodu anastomoz nerwu IX-go z innymi nerwami. Autor opisuje swoją technikę badań.

Na końcu dochodzi do następujących wniosków: 1) spostrzeżenia poczynione dotąd nie są wystarczające, dalsze serie badań są konieczne, 2) zasadniczą czynnością nerwu zdaje się być czucie smakowe na przestrzeni tylnej trzeciej części języka, 3) rola czuciowa nerwu jest bardzo zmienna, 4) żadnej równoległości między zaburzeniami czuciowymi w obrębie nerwu V-go a IX-go nie da się przeprowadzić, 5) sprzeczności w wynikach badań różnych autorów zdają się mieć przyczynę w różnorakich anastomozach z innymi nerwami, 6) należałoby przeprowadzić szereg badań nad zaburzeniami czucia w przedsionku jamy ustnej po przecięciu nerwu IX-go, 7) wybitnych zaburzeń wydzielniczych w obrębie ślinianek po przecięciu nerwu nie spostrzega się, 8) należałoby przeprowadzić dalsze badania nad czynnością ruchową n. IX-go. zwłaszcza odnośnie do unerwienia podniebienia miękkiego (le signe de rideau), które niekiedy zbacza po przecięciu nerwu.

O guzach zwanych guzami mięszanymi ślinianek. (Les tumeurs dites „mixtes" des glandes salivaires). L e r o u x R. et L e r o u x - R o b e r t J.

j. w. Nr. 2.

Autorzy omawiają bardzo dokładnie histopatologię i klinikę guzów mięszanych ślinianek, wskazując między innymi, że opisywany udział chrząstki w guzach tych nie dotyczy prawdziwej tkanki chrząstkowej i że różnorodność komórek w tych guzach — będąca wynikiem już to oddziaływań komórek na siebie, już to oddziaływania podścieliska tkankołącznowego na nie — nie zmienia faktu, iż komórki te są nadal komórkami nabłonkowymi. Autorzy dochodzą do wniosków następujących: guzy mięszane ślinianek i innych gruczołów tej okolicy (glandes cervico-faciales) zawdzięczają swoją odrębność (individualité) — wbrew opinii klasycznej — jedynie odmianom komórek nabłonkowych i histopatologicznie są czystymi nabł niakami. Również pod względem klinicznym są one nabłoniakami (rakami), co wyraża się w tendencji do nawrotów po ich chirurgicznym usunięciu i w możliwości przerzutów. Pod względem chirurgicznym należy je traktować jak raki i należy je wycinać daleko w zdrowym, a nie ograniczać się do zwykłego wyłuszczenia.

Wpływ różnic atmosferycznych na promieniowanei pozafiołkowe. (Variations atmosphériques en rayons ultra - violets). K o w l e r et D'H a l l u i n.

j. w. Nr. 3.

Autorzy nie są zwolennikami stosowania leczniczego promieni pozafiołkowych w gruźlicy krtani. Wpływ dodatni promieniowania słonecznego jest wypadkową działania wszystkich promieni, natomiast promienie pozafiołkowe, o widmie linearnym, są raczej szkodliwe jako „abiotyczne" i jako nie posiadające przeciwdziałania moderującego (antagonisme modérateur), w innych promieniach. Ocena tych spraw jest trudna, o ile chodzi o działanie atmosferycznych wpływów promieniowania pozafiołkowego, które jest różne w różnych porach dnia i roku i w różnych odcinkach geograficznych. Wreszcie sprawa komplikuje się przez udział wpływów cieplnych. Jeśli chodzi o różne pory dnia, to doświadczenie pokazało, że najstosowniejsze jest naświetlenie słońcem w czasie między godziną 8.30 a 9 rano. Poniekąd można to tłómaczyć i dogodnym położeniem słońca o tej porze; później bowiem zbyt wysoka pozycja słońca nad horyzontem zmusza pacjentów do nader silnego podnoszenia głowy w celu skierowania promieni do krtani. Jeśli przyjmiemy — wbrew tezie, wyrażonej na wstępie, — że promienie pozafiołkowe mają korzystne działanie, to maximum ich natężenia znajduje się w okolicy długości fali 3000 jednostek Armstronga. Otóż doświadczenia okazują, że to maximum posiadają godziny odległe od najwyższej pozycji słońca (t. j. od południa). Byłyby to więc znów ranne godziny. Przyczynę tego stanu rzeczy można widzieć w różnej grubości warstwy atmosfery, jaką przechodzą promienie słońca w różnych porach dnia. Wspomniane doświadczenia wykonywane były przy pomocy specjalnej aparatury, podanej przez D'H a l l u i n a, a polegającej na pochłanianiu energii promienistej przez komórkę fotoelektryczną.

W sprawie postępowania wobec nosicieli prątków błonicy. (À propos du traitement des porteurs de germes diphtériques). L o b. H. i F e l d s t e i n R.

j. w. Nr. 4.

Autor omawia poszczególne metody stosowane dla usunięcia prątków błonicy u nosicieli: 1) surowice i szczepionki, 2) ciepło, promienie Roentgena i pozafiołkowe, 3) płókanie wodą selterską, 3) aplikacja roztworów jodowych, płynu Dakina, 20%-owego rozczynu azotanu srebra, błękitu metylenu, rozczynu N o v a r a. Niektórzy dochodzą do wniosku (mającego mało szans praktycznej realizacji: Ref.), że najlepszym sposobem jest obfity dostęp powietrza, inni przyznają wogóle swoją bezsilność. Dr. Clément podał dobre wyniki drogą stosowania p ł y n u B o n a i n a na migdałki i do krypt migdałkowych i wogóle na błony śluzowe, dotknięte nosicielstwem. Autorzy zastosowali ten środek w paru przypadkach, mogą potwierdzić korzystne wyniki i zachęcają do dalszych prób w tym kierunku. (Jak wiadomo, płyn znieczulający B o n a i n a zawiera karbol, mentol, kokainę i adrenalinę w rozczynie wodnym. Ref.).

Leczenie bizmutem ostrych zapaleń gardła nieswoistych. (La bismuthothérapie des angines aiguës non spécifiques). N o n t e i r o A. et B r a s i l - F i l h o W.

j. w. Nr. 5.

Autor badał u 1132 osób, częściowo z zapaleniem gardła, częściowo zdrowych, działanie bizmutu (w zastrzykach) na florę bakteryjną. Głównie zwrócono uwagę na paciorkowce i łańcuszkowce. U zdrowych i chorych bismut zmniejszał

wydatnie ilość kolonii w wysiewach. Tylko w 48 przypadkach (= 4%) nie stwierdzono żadnego wpływu. Podobnie jak arsen, rtęć, chinina, błękit metylenu, wszelakie surowice, — również i bismut nie jest środkiem swoistym; nie mniej jednak wpływ jego jest niewątpliwy. Co do przebiegu klinicznego, to potwierdza on znaczenie bismutu jako środka leczniczego, albowiem jego stosowanie obniża wydatnie (do 1 — 2 dni) czas trwania zapalenia gardła. Stosowanie bizmutu wpływa także zapobiegawczo na powstawanie powikłań, jak np. ropnia przymigdałkowego.

Pięć spostrzeżeń kamieni przyusznicy. (À propos de cinq observations de lithiase parotidienne). R u p p e, L a t t è s, V o i s e n.

j. w. Nr. 6.

W każdym przypadku, gdy powstają objawy, jak obrzęk, bóle w okolicy przyusznicy, ewentualnie także stany gorączkowe lub wogóle objawy ropnej sprawy, należy myśleć również o kamieniu przyusznicy. O ile w śliniance podszczękowej stany zapalne są częstsze, a kamienie rzadsze, to w przyusznicy stosunek ten jest odwrotny: stany zapalne są rzadsze, kamienie częstsze. O ile zespół objawów dotyczy wogóle przyusznicy, należy różniczkować z zapaleniem przyusznicy okresowym (parotite intermittente), torbielą kanału S t e n o n a, ropniem przyusznicy, zwykłym zatrzymaniem śliny, przewlekłym typu L e c l e r c'a (retention chronique de la salive parotïdienne Leclerc), wreszcie z typem cierpienia, opisanym przez C l a i o n'a i D u p r é'a jako „hydroparotitide intermittente". Kamień przyusznicy może mieć trojakie położenie: 1) w przedniej części kanału S t e n o n a, 2) w tylnej jego części i 3) w samej śliniance. W przypadku 1), t. j. gdy znajduje się kamień poprzed mięśniem żwaczem, niekiedy można kamień wyczuć od strony śluzówki, a rentgenologicznie stwierdzi się cień na ramieniu poziomym żuchwy po stronie przeciwnej. Metodą wyboru chirurgiczną będzie nacięcie od strony jamy ustnej bez obawy powstania przetoki. Można również rozciąć kanał S t e n o n a nożykiem, używanym do przecięcia kanałów łzowych. W przypadku 2) cień rentgenologiczny pada na ramię wstępujące żuchwy po tej samej stronie. Dostęp chirurgiczny możliwy jest tylko od zewnątrz (poprzez mięsień żwacz). Następstwem będzie przetoka ślinowa, która po miesiącach może się sama zamknąć. W przeciwnym razie można dążyć do jej obliteracji przez naświetlania promieniami Roentgena. Przypadki trzeciego typu są rzadkie. Kamienie takie mogą być wielokrotne. Na dokładne umiejscowienie kamieni pozwala rentgenografia po wstrzyknięciu lipiodolu (½ — 1 cm^3) przez kanał S t e n o n a (= sialografia). Autor opisuje szczegółowo technikę wstrzykiwania lipiodolu. Opisuje również historię choroby, obraz chorobowy i przebieg leczenia pięciu spostrzeganych przez siebie przypadków, z których dwa należą do typu 1), zaś pozostałe do typu 2). Również opisana jest szczegółowa symptomatologia kamieni przyusznicy.

Ropnie fiksacyjne. (Les abscès de fixation). C a n u y t G.

j. w. Nr. 7.

Ropień fiksacyjny (r. f.) jest metodą, opartą na poważnych podstawach klinicznych. M i e j s c e m aplikacji jest wedle twórcy metody F o c h i e r a (1891) — tkanka podskórna w okolicy między łukiem żebrowym a pępkiem; drugim miejscem, branym zwykle w rachubę jest zewnętrzna strona uda. Ś r o d k i e m stosowanym jest niemal wyłącznie olejek terpentynowy, najlepiej taki, który długo stał na słońcu. I l o ś ć stosowana u dorosłych wynosi 1 cm^3, u dzieci ½ cm^3, u osesków 2 — 3 krople. T e c h n i k a zastrzyków musi uwzględnić, by płyn został rozmieszczony w wiotkiej tkance podskórnej i ani nie pozostał w skórze, ani nie drążył w powięź i mięśnie. Również nie powinien olejek dostać się do kanału injekcyjnego; w tym celu należy jedną igłą nabrać olejek, drugą, świeżą wykonać zastrzyk. Po zastrzyku obserwuje się, czy absces „chwycił". W tym razie występują — po wstępnych objawach pieczenia i bóle — oznaki zapalenia po 30 — 48 godzinach, a po 5 — 6 dniach występuje chełbotanie. Ogólnie biorąc, można między 7-ym a końcem 8-go dnia absces naciąć i opróżnić, a według L e r i c h e'a, można go bardzo szeroko rozciąć, i — wobec jego aseptyczności — wyciąć ściany nekrotyczne i brzegi zaszyć na primę, zostawiając mały setonik. Głównym wskazaniem do ropnia fiksacyjnego są — obok pneumonii, gorączki połogowej, zapalenia opon i mózgu, ciężkiej grypy, duru brzusznego — ciężkie posocznice i posocznico - ropnice bez wyraźnych lokalizacji. Mają one być pochodzenia usznego, nosowego, zatokowego, gardlanego, zębowego i t. d. W przypadkach na ogół beznadziejnych nie pomaga też i ropień fiksacyjny („ropień fiksacyjny nie jest metodą dla umierających"). Również nie należy stosować ropnia f. w przypadkach o przebiegu łagodnym. Na ogół biorąc należy uważać ropień fiksacyjny za metodę wyjątkową, gdy inne metody: 1) leczenie przyczynowe (t. j. wyłączenie ogniska pierwotnego zakażenia), 2) chemoterapia, 3) surowice, 4) szczepionki, 5) transfuzje i t. d. zawiodą. Uwzględniając te zastrzeżenia uzyska się tą metodą niekiedy decydujący zwrot w przebiegu choroby.

A. Schwarzbart (Kraków)

FYTOTERAPIA.

Fytofarmakologia i fytohormony. (Les données de la Phytopharmacologie et les Phytohormones). M o r h a r d t.

La Presse Médicale. Nr. 97, 1935.

W pojęciu autora, fytofarmakologia jest to dział farmakologii ogólnej, który zajmuje się badaniem wpływu wydzielin i wydalin organizmu ludzkiego na rośliny, będące — w danym razie — jakby zastępczą namiastką doświadczalnych zwierząt laboratoryjnych.

Dział ten pozostawał dotychczas w zaniku, wobec trudnej do osiągnięcia ścisłości przy tego rodzaju badaniach; w ostatnich dopiero latach — z chwilą wykrycia w roślinach hormonu ruji i swoistych fytohormonów — zaczęto zwracać baczniejszą uwagę i na ten kierunek badań. Pierwsze prace przeprowadzono z działaniem na rośliny surowicy ludzkiej przy różnych schorzeniach, z krwią miesiączkową, moczem i wyciągami hormonalnymi; datują się one dopiero z przed lat 12.

D. J. M a c h t w t. 22 pisma Journal of Pharmacology z roku 1924 zestawił swe doświadczenia nad wpływem surowicy krwi osób z chorobami krwi na kiełkowanie nasion białego łubinu.

Nasiona te — po 12 godzinach moczenia w wodzie — wysiewano na torf lub tkaniny, zmoczone, rozcieńczonym 1 : 1 wodą przekroploną, płynem S h i v e'a, złożonym z normalnych roztworów: azotanu wapnia, siarczanu magnezji i fosforanu potasu w ilościach: 10,4 + 30 + 36 cm^3 na 423, 6 cm^3 wody przekroplonej. Surowicę krwi brano od chorych na anemię złośliwą i wtórną, na białaczkę i inne choroby krwi, a kontrolowano surowicą krwi osób zdrowych; ustalono przy tym, że % zahamowania wzrostu tych nasion przy krwi normalnej wynosił 75/100, natomiast przy anemii złośliwej tylko — 14/100.

Wkrótce po tym, tenże M a c h t i L. J o h a n n i n g („Phytopharmakologische Versuche mit Lupinus" — Deutsches Archiv für klinische Medizin, t. 167/1930, str. 89) wskazali na trudności tej metody i liczne źródła błędów, zależne od indywidualnej wartości badanych nasion; co więcej, spostrzeżono, że — w połowie prawie badanych wypadków — surowica krwi przy anemii złośliwej nie wywoływała działania na łubin.

Dalsze badania K i n g i s e p p a potwierdziły w zasadzie wyniki poprzedników: niewątpliwie, surowica ludzi chorych wywiera przy anemii złośliwej działanie na nasiona łubinu, działanie to jest jednak trudnouchwytne, a — co gorzej — nie może być uważane za specyficzne, gdyż podobne wyniki otrzymano np. również z surowicą astmatyków.

Przeświadczenie o trujących własnościach krwi miesiączkowej datuje się od wieków. Mówiono kiedyś, że robotnice w fabrykach substancyj, łatwo fermentujących np. żelatyny, nie są dopuszczane do pracy w czasie miesiączki, aby uniknąć psucia się fabrykatów; dziś w gadki te nikt już nie wierzy. Inna sprawa, że cały szereg badaczy wyraża przekonanie, iż krew miesiączkowa zawiera jakieś bliżej nie zbadane toksyny ustrojowe, które otrzymały nawet nazwę: menotoksyn.

M a c h t przeprowadził, pod kontrolą krwi normalnej, badania nad rozwojem nasion łubinu, zwilżanych krwią miesiączkową, i stwierdził w niej własności hamujące kiełkowanie.

M o m s e n powtórzył te badania, jednak stosując metodykę odmienną: badając wpływ krwi miesiączkowej na wytwarzanie CO_2 z określonej ilości glukozy przez ściśle odważoną ilość drożdży. Stwierdził on przy tym, że istnienie jakichś nieokreślonych menotoksyn, hamujących energię życiową drożdży, jest bezsporne; ilość tych menotoksyn jest największą w pierwszym dniu okresu, w dalszych dniach się zmniejsza.

Inni badacze, np. S a c k („Enthält das Menstrualblutt ausser den angeblichen Wuchshormone oder Auxine?"), byli odmiennego zdania. Twierdzili oni, że krew miesiączkowa nie tylko nie może hamować wzrostu roślin, lecz nawet go podnieca, co — niewątpliwie — kłaść należy na karb dużej zawartości związków azotowych, odżywczych dla roślin.

Dalsze badania nie dały podstaw do kategorycznego wypowiedzenia się w tej kwestii. Zasługują jedynie na uwagę spostrzeżenia E l t z a, wykonane pod wpływem M o m m s e n a.

E l t z ustalił zawartość toksyn w mleku u kobiet miesiączkujących i wypowiedział pogląd, że z organizmu kobiecego odbywa się okresowe wydzielanie menotoksyn. Nawet po połogu miesiączkowanie rozpoczyna się skrycie, bez krwawień, a jedynym dowodem menotoksycznego okresu będą niedomagania karmionego oseska: bladość lic, zahamowanie rozwoju, biegunki, pokrzywka.

Dotychczasowe badania fytofarmakologiczne nad moczem miały znacznie więcej celi praktycznych na względzie: prowadzone one były przede wszystkim gwoli wczesnemu rozpoznawaniu ciąży, wobec stwierdzenia w moczu ciężarnych już w pierwszych tygodniach ciąży hormonu z przedniej przysadki mózgowej. M o r h a r d t przypomina, że opis pierwszych doświadczeń w tym kierunku znaleziono już w papyrusach z 15 wieku przed Narodzeniem Chrystusa. Opisywano tam sposób rozpoznawania ciąży przez wysiew do naczynia z ziemią ziarn orkisza lub owsa i polewanie ich codziennie moczem kobiety: o ile ziarna nie wzejdą — kobieta nie jest ciężarną.

Doświadczenia te powtórzone w latach ostatnich przez H o f f m a n n a („Versuche zur Schwangerschaftsdiagnose aus dem Harn" — Deutsche Medizinische Wochenschrift, t. 60 z roku 1934) potwierdziły spostrzeżenia z przed tylu wieków: ziarna zbóż, posiane do doniczek z ziemią, zraszane czystą wodą, kiełkowały na 6 — 7 dzień od posiewu; podlewane moczem ciężarnych kiełkowały i wzrastały znacznie szybciej od kontrolnych; mocz nieciężarnych opóźniał kiełkowanie do 10 — 14 dni i rośliny — po wykiełkowaniu — szybko ginęły. Niezmiernie ciekawe jest spostrzeżenie, że mocz ciężarnych, ogrzany do wrzenia, tracił swój wpływ przyśpieszający rozwój roślin.

Dalsze obserwacje z dziedziny fytofarmakologii były prowadzone przez wielu badaczy nad działaniem na ustrój roślinny czystych hormonów — o dobrze znanym, wybitnym wpływie na zwierzęta.

S c h o e l l e r i G o e b e l stwierdzili, że hormon ruii (Progynon) działa na hijacynty, konwalje i kalie, wyraźnie przyśpieszając kwitnięcie. Zbliżone wyniki otrzymali G a d - A n d r e s e n i J a b l o v („Can sexual Hormones influence the germination and growth of Plants?" — Acta medica scandinavica, t. 4/1934), hodując rośliny w wodnych kulturach z dodatkiem follikuliny lub prolanu (po 40 jednostek morświńskich na tydzień); doszli do wniosku oni, że hormony te przyśpieszają pączkowanie i kwitnięcie, lecz hamują wzrost korzeni. Wyniki te wymagają jednak dalszych i ściślejszych badań; obecnie są one zbyt jeszcze niepewne i nasuwają wątpliwości, czy — poza hormonami — nie działają tu inne substancje: dotychczas nam nieznane lub występujące jako drobne przypadkowe zanieczyszczenia.

Dalsza grupa badaczy pracowała nad zbadaniem, znalezionych u roślin hormonów wzrostu: auxinów i nad ich pokrewieństwem chemicznym do hormonów płciowych, zwierzęcych, oraz nad zagadnieniem, czy roślinne hormony wzrostu mogą wywierać jaki wpływ na organizm ludzki. Zagadnienia te są niewątpliwie bardzo ciekawe, lecz dziś są jeszcze dalekie od rozwiązania.

[Jak widzimy, pod jedną nazwą „fytofarmakologii" autor francuski łączy badania, nie mające

wiele wspólnego z tym, co dotychczas pojmujemy pod nazwą farmakologii: badania nad auxinami — to chemia biologiczna, doświadczenia nad działaniem krwi chorych, moczu ciężarnych na rośliny wchodzą w dziedzinę rozpoznania lekarskiego i, ostatecznie, mogły by zapoczątkować fytodiagnostykę; fytofarmakologią nazywać można jedynie badania nad wpływem hormonów na wzrost roślin. Ciekawe są one bezsprzecznie, jak wszystko — co pogłębia naszą wiedzę o życiu, ale czy przyniosą, kiedy i jaką korzyść medycynie praktycznej — dziś przewidzieć trudno. (Przyp. Ref.)].

Wł. Biernacki.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

O odporności przeciwgronkowcowej wywołanej anatoksyną swoistą. (Sur l'immunité antistaphylococcque provoquée par l'anatoxine spécifique chez les malades atteints d'affections dues au staphylocoque). G. R a m o n, A. B o c a g e, R. R i c h o u, P. M e r c i e r.

La Presse Medic. 1936, Nr. 15.

W przypadkach leczonych anatoksyną gronkowcową wykonywali autorzy badania serologiczne krwi i przekonali się, że zastrzykiwanie anatoksyny wyraźnie podnosi poziom antytoksynyny gronkowcowej w surowicy. Temu podniesieniu poziomu antytoksyny zawsze odpowiadała poprawa stanu klinicznego, a także nawrotom klinicznym odpowiadał spadek ilości antytoksyny w surowicy. Te dane zachęciły autorów do wytwarzania anatoksyny gronkowcowej o coraz większej wartości antygenu celem osiągnięcia coraz lepszych wyników leczniczych.

Autorzy stosowali anatoksynę w rozmaitych schorzeniach gronkowcowych, zestawienie obejmuje jednak przeważnie przypadki czyraczności (35) na ogólną ilość leczonych — 45. We wszystkich przypadkach czyraczności uzyskano wyleczenie, stosując 3 lub 4 wstrzykiwania anatoksyny.

Działanie gronkowców w organiźmie zakażonym jest analogiczne do działania prątków błoniczych. Tak jedne, jak i drugie wytwarzają rzeczywiste exotoksyny, którym głównie należy przypisać szkodliwe działanie. Żywotność gronkowca jest większa od żywotności prątka błoniczego i dlatego gronkowce mogą przedostać się wgłąb organizmu, tam mnożyć się i wywoływać powstawanie głębokich ognisk (osteomyelitis) lub nawet posocznicy. Jadowitość natomiast wyprodukowanej toksyny gronkowca jest znacznie mniejsza od jadowitości toksyny błoniczej i tem się tłomaczy brak ogólnych objawów (porażenia i t. d.) w przebiegu zakażenia gronkowcami. Exotoksyna gronkowcowa działa tylko miejscowo.

Wprowadzenie do ustroju anatoksyny pobudza siły ochronne organizmu do wytwarzania przeciwciał, a więc w tych przypadkach antytoksyny. W następstwie tego i inne czynności ochronne, jak komórkowe i fagocytoza przebiegają korzystniej. Tak więc pośrednio anatoksyna gronkowcowa jest środkiem przeciwbakteryjnym, aby jednak okazała się skutecznym, musi doprowadzić poziom antytoksyny w surowicy do pewnej wysokości, oznaczanej przez autorów w jednostkach. Niektóre warunki utrudniają podniesienie się tego poziomu. Takimi czynnikami utrudniającymi są n. p. skaza cukrzycowa, współistnienie innego zakażenia lub wogóle warunki podłoża. Sprzyja działaniu anatoksyny odczyn miejscowy, który zjawia się niekiedy wkrótce po wstrzyknięciu.

Powodzenie leczenia anatoksyną zależy, oprócz wyżej wymienionych, także od rodzaju zakażenia. W przypadkach zapalenia szpiku kostnego wynik leczniczy jest mniej dobry, powolniejszy. Przenikanie antytoksyny do tkanki kostnej jest utrudnione.

Co się tyczy posocznicy gronkowcowej, leczenie anatoksyną może być tylko zapobiegawcze. Bez wpływu jest to leczenie w przypadkach, w których gronkowiec spełnia rolę czynnika dodatkowego, dołączając się do innego, uprzednio istniejącego zakażenia.

Do leczenia anatoksyną gronkowcową nadają się wszystkie przypadki ostrego lub przewlekłego zakażenia gronkowcowego w których badanie bakteriologiczne potwierdza rozpoznanie. Przeciwwskazania do tego leczenia są takie same, jak zawsze w leczeniu antygenami, a więc poważne zaburzenia nerkowe, wątrobowe lub w układzie krążenia, a także ostra lub zaostrzająca się gruźlica.

U dzieci, u osobników młodych i zdrowych zaczyna się leczenie od wstrzyknięcia ½ ccm — podskórnie, najlepiej w okolicy podłopatkowej. W razie jakichkolwiek wątpliwości co do dobrego znoszenia tego zabiegu, a więc w przypadkach wyżej wymienionych przeciwwskazań, dalej w przypadkach schorzeń alergicznych (pokrzywka, astma, skaza dnawa lub reumatyzm), u oddziaływujących gwałtownie na inne wstrzykiwania, wreszcie w przypadkach bardzo przewlekłych zakażeń gronkowcami, należy zastrzyknąć na pierwszą dawkę 0.1 ccm anatoksyny podskórnie, a w razie nietolerancji stopniowo przyzwyczajać chorego do tego leczenia. Odstępy pomiędzy dawkami powinny wynosić 7 dni — najwyższa dawka może być 2 ccm. Anatoksyna powinna zawierać przynajmniej 10 jednostek w 1 ccm. Ilość wstrzyknięć zależy od schorzenia: w czyraczności wystarczy 3 — 5, przypadkach w zajęciach układu kostnego lub w posocznicy stosuje się większą ilość zabiegów, a w godzinę po pierwszym wstrzyknięciu ¼ ccm anatoksyny należy zastrzyknąć jednorazowo 50 — 100 ccm surowicy przeciwgronkowcowej.

Przypadek śmiertelny szybko rozwijającego się liszaja rumieniowego ostrego. (Evolution rapide et mortelle d'un cas de lupus érythémateux aigu exanthématique). J. N i c o l a s, G. M a s s i a, J. R o u s s e t.

Le Journal de Mèd. de Lyon. 1936, Nr. 393.

Przypadek dotyczył 14-sto letniej dziewczynki, u której przez miesiąc utrzymał się na twarzy typowy wykwit liszaja rumieniowego. Schorzenie to w przeciągu kilku dni uogólniło się. Przebieg kliniczny tego przypadku był typowy, nasuwał tylko pewne refleksje.

Niezwykle gwałtowny rozwój schorzenia, które w kilka dni doprowadziło do zgonu nie był wy-

wołany żadnym środkiem leczniczym, ale niewątpliwie, gdyby podawano przetwory złota lub bizmutu, byłby złożony na karb tych leków. Badanie histologiczne skóry i narządów wewnętrznych odpowiada w całości klasycznym opisom *(Kaposi, Pernet)*. Jakkolwiek nie udało się wykryć obecności prątków Kocha, a innych badań w kierunku gruźlicy z braku czasu nie wykonano, to jednak etjologja gruźlicza w tym przypadku wydaje się bardzo prawdopodobna, gdyż schorzenie pojawiło się u dziewczynki w czasie, gdy pielęgnowała swą matkę. Matka cierpiała na gruźlicę płuc i również zmarła po krótkim okresie zaostrzenia się sprawy chorobowej. *Jastrzębska.*

K R O N I K A

W czasie Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie od dnia 4 — 7 lipca 1937 odbędą się posiedzenia Sekcji chirurgicznej. Dwa posiedzenia odbędą się wspólnie z posiedzeniami z Sekcją medycyny wewnętrznej, która będzie czynną jako XII Zjazd Internistów polskich. Referaty na te dwa posiedzenia są następujące: „Klinika zaburzeń wegetatywno - dokrewnych z zakresu dziedziny chorób wewnętrzych“ i „Klinika trzustki“. Ze strony chirurgów współpracę przy I temacie objęli dr Bross i dr Michałowski (Lwów), przy II temacie prof. dr Jurasz (Poznań).
Na pozostałych posiedzeniach Sekcji chirurgicznej będą wygłaszane referaty na dowolne tematy z zakresu chirurgii.

Gospodarzem Sekcji Cirurgicznej został wybrany prof. dr Tadeusz Ostrowski, Lwów ul. Pijarów 4, Klinika chirurgiczna U. J. K.

VI. KURS ODMY SZTUCZNEJ.

W okresie od dnia 25 lutego do dnia 24 marca 1937 r. odbędzie się czterotygodniowy Kurs odmy sztucznej dla lekarzy, zorganizowany przez Polski Związek Przeciwgruźliczy z poparciem Ministerstwa Opieki Społecznej i z współudziałem Wydziału Lekarskiego U. J. P.

Program Kursu uwzględni przede wszystkim studia praktyczne jak również obejmie 32. godziny wykładów teoretycznych z dziedziny rozpoznawania, leczenia i walki z gruźlicą. Każdy ze słuchaczów odbędzie praktykę w zakresie gruźlicy wewnętrznej w klinice, szpitalu i sanatorium, oraz zaznajomi się dokładnie z techniką pracy w poradniach przeciwgruźliczych oraz z techniką zakładania odmy.

Podanie na kurs należy nadsyłać do biura Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie, ul. Karowa 31 (gmach Polskiego Towarzystwa Higienicznego) najpóźniej do *dnia 18 lutego* 1937 r. Do podania należy dołączyć: 1) życiorys, 2) ewentualne zaświadczenie instytucji delegującej lekarza na kurs, 3) zobowiązanie do czynnego zwalczania gruźlicy przynajmniej przez dwa lata po ukończeniu kursu.

Kandydaci zgłaszający się na kurs mogą ubiegać się o przyznanie stypendium w wysokości do 200 zł.

Pierwszeństwo w przyjęciu na kurs oraz w uzyskaniu stypendium będą mieli lekarze już zatrudnieni w instytucjach przeciwgruźliczych.

NIEBEZPIECZEŃSTWO PYŁU BAWEŁNIANEGO.

Syndykat robotników przemysłu włókienniczego w Anglji zebrał interesujące dane o wpływie pyłu bawełnianego na zdrowie robotników. Według przeprowadzonej ankiety 20% robotników, zatrudnionych w przędzalniach bawełny cierpi na choroby narządów oddechowych, wywołane działaniem pyłu. Najbardziej narażeni są robotnicy przy t. zw. zgrzeblarkach.

Syndykat robotników zwrócił się w maju r. b. do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z projektem ubezpieczenia robotników narażonych na szkodliwe działania pyłu bawełnianego, jako choroby zawodowej. W tym celu zostanie powołana z ramienia Ministerstwa specjalna komisja, która zbada powyższe zagadnienie.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. E. Reicher, Polna 40, Tel. 9.54-54.*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska“.
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

Zakł. Graf. „DRUKPRASA“. Sp. z ogr. odp. Nowy-Świat 54. Tel: 615-56 i 242-40.